

JUN 3 1943

ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

45-40 DIRECTOR: EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone 7-4929

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assinaturas: Por 1 ano 30\$000. Por 2 anos 50\$000.

VOL. XLV

Janeiro de 1943

N. 1

Sulfalbum

comprimidos de
sulfanilamida dosados
a 0,45.

Tolerancia perfeita quando
usados concomitantemente
com injeções endovenosas
de Hexose (glicose a 50%)

Eis
um nome facil de
guardar:

Sulfalbum

Genalcaloides

POLONOVSKI E NITZBERG

Ampolas.
Gotas.
Granulos.

NOVOS ALCALOIDES
NÃO TOXICOS

NA PRÁTICA
QUOTIDIANA

GENATROPINE

GENE/ERINE

GENOSCOPOLAMINE

GENHYO/CYAMINE

GENO/TRYCHNINE

GENO/THENIQUES

*Carodylate de Genatrychnine
e de Geneserine*

■ HYPERACIDÉZ
DORES ABDOMINAIS

■ HYPOACIDÉZ
SYNDROME SOLAR

■ PARKINSONISMO
ASTHENIA CIRURGICA

■ TREMORES DIVERSOS
SEQUELAS DE ENCEPHALITES

■ NEURASTHENIA
PARALYSIAS

■ ASTHENIA
DEPRESSÃO

Os Drs. Max e Miguel Polonovski designaram com o nome de "Genalcaloides" (C. R. Académie des Sciences, Paris, 1925) uma série de compostos alcaloides de função aminoxida nos quais se reconheceram propriedades identicas à do alcaloide fundamental do que derivam, porém, com a diferença essencial de que são muito fracamente tóxicos comparados com o alcaloide.

AMIDAL
(Fermentos laticos)
ENTERITES
DIARRHEAS

Laboratorio AMIDO
A. BEAUGONIN, Pharmacien
4, Place des Vosges, - PARIS

BACKERINE
(Fermentos selecionados)
TUMORES
CANCER

Agencia Genal para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA
Rua Niterói, 342 - Rio

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Sumário:

	PÁG.
A sulfanilamida nas infecções das grandes cavidades — Dr. Carlos Burgos	5
O problema da anestesia em cirurgia de guerra — Dr. Enos França Mondadori	11
Produção médica de São Paulo	21
Sociedade de Medicina e Cirurgia	21
Associação Paulista de Medicina	22
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul	85
Outras sociedades	86
Literatura médica	87
Imprensa Médica de São Paulo	89
Vida Médica de São Paulo	90
A medicina no estrangeiro	93

CITAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Pedimos encarecidamente aos nossos colaboradores que ao fazerem *citação bibliográfica* obedçam rigorosamente às seguintes normas:

I. Quando se trata de PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS:

Nome do autor;
Título do artigo (em itálico ou entre aspas);
Nome do jornal ou revista e lugar onde é editado;
Volume (em algarismos romanos);
Página (em algarismos arábicos);
Mês (dia do mês, se possível) e
Ano.

Exemplo: EURICO BRANCO RIBEIRO: "Adenocarcinoma primitivo da vesícula biliar", Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXVII, 431, abril de 1934.

II. Quando se trata de LIVROS E MONOGRAFIAS:

Autor;
Título da obra (em itálico ou entre aspas);
Edição (se não for a primeira);
Volume (em algarismos romanos);
Página (em algarismos arábicos);
Editor;
Cidade; e
Ano.

Exemplo: EURICO BRANCO RIBEIRO: *Estudos Cirúrgicos*, I, 231, Sociedade Editora Médica Ltda., São Paulo, 1934.

As separatas são fornecidas ao preço de 4\$000 por página, 100 exemplares

*Úlceras
gastro-duodenais*



PRODUTOS ROCHE QUÍMICOS E FARMACEUTICOS S. A.
RUA EVARISTO DA VEIGA, 101 - RIO

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano 30\$000; por 2 anos 50\$000

Vol. XLV

Janeiro de 1943

N. 1

A sulfanilamida nas infecções das grandes cavidades *

Dr. Carlos Burgos

Cirurgião em Amparo

A terapêutica cirúrgica de manifestações infecciosas dos órgãos internos com ou sem tendência a supuração, consiste sempre na intervenção ativa, ou para a ablação do órgão lesado, ou então na intervenção ativa para drenagem extra-orgânica, de material prejudicial, pelos perigos que a sua absorção ou disseminação acarretam.

Para esta pratica não faltavam meios e processos para o levantamento do estado geral, todas as reações se esperavam do organismo em torno de um foco infectado, mas o foco em si e as reações celulares pouca ou nenhum atenção despertavam, tal a confiança cega nos mil e um antisepticos usados, que seriam capazes de matar todos os micróbios, pensando-se que não molestassem outros tantos organismos unicelulares, que constituíam a parte mais interessante da defesa local.

Não desejo naturalmente me referir a evolução que teve o tratamento de uma ferida cirurgica de algum tempo atrás para hoje. Esta é bem conhecida e em muitas revistas de cirurgia tem sido cuidada ultimamente com bastante frequência, e não menos competência por vários autores em artigos esparsos. Quero somente me referir a algumas práticas usadas em nosso serviço, sem que estas impliquem em novidade, pois são processos usados as vezes em muitos lugares, sem que os mesmos sejam publicados, ou mesmo de casos, que são publicados mas nem todos têm ocasião

de ler. Trata-se de uma simples colaboração de qualquer forma útil nas duas hipóteses.

A terapêutica cirúrgica nas infecções orgânicas internas tinha como disse, a função de ablação ou de drenagem. Hoje com a sulfanilamidas ela tornou-se além dessas duas funções perfeitamente justificáveis, ainda mais útil, porque serve de agora em diante, como meio de introdução nos focos infectados de medicamentos capazes de por si só agirem sobre as causas de uma lesão, com potencial destrutivo, até hoje não alcançado por outros tantos medicamentos, que sem este potencial não justificavam um ato cirúrgico.

Assim a introdução de sulfanilamidas nos focos de supuração da cavidade abdominal, tem sido de várias formas discutida, variando as práticas, em torno de resultados sempre bons.

Tenho notado a preferência para os preparados líquidos entre os nossos cirurgiões, e mesmo entre os americanos do norte, e com franquesa, não achei uma justificativa para esta preferência. Quando ainda usava o electralgol em focos infectados da cavidade abdominal, por exemplo nas apendicites em vias de supuração ou supuradas, nunca consegui fechar a cavidade sem que uma grande quantidade do líquido fosse eliminada pela sutura mesmo usando de artifícios os mais variados para fazer um fechamento sem refluxo, e, quando tinha de deixar um dreno então, terminados os pontos da pele já o líquido se tinha escoado completamente, e o mais que eu podia deduzir é que o foco tinha sido impregnado rapidamente por um sal de prata, que não estava mais lá nem mesmo em quantidade suficiente para justificar o seu uso. O que acontecia sempre era o seguinte: o dreno tinha que ficar muito tempo e para estes casos, valia só a drenagem e mais nada. Com os preparados líquidos de sulfanilamida, mecanicamente temos o mesmo processo: a pressão abdominal elimina o líquido, e e ainda mais, se natural, ou artificialmente por manobras cirúrgicas, o foco infectado é delimitado pelas defesas naturais de isolamento ficar em comunicação com o resto da cavidade, alguma parte do líquido se escoará para ela, numa quantidade, que somada a que se escoou na ocasião do fechamento da parede ou que saiu e sairá pelo dreno nada deixará para o foco sob o qual desejamos agir com medicamentos. Diante destes inconvenientes, que muitas vezes podem determinar a perda de confiança em um medicamento tão útil, preferimos usar a sulfanilamida em pó que existe no mercado para uso peritonal (Anaseptil). No tratamento dos casos citados e com o exemplo citado procedemos da seguinte maneira: Incisão ampla da parede no ponto correspondente ao foco infectado. Uma vez aberta a cavidade, retirada sem exteriorização, do apêndice ou órgão susceptível de ser retirado. A incisão maior permite melhor visão e uma verdadeira dissecação sem tração e sem que sejam desfeitas as defesas naturais feitas pelos órgãos que circundam o foco. Retirado o órgão costuma-

6)

mos no leito correspondente ao mesmo, fazer uma ligeira limpeza mecânica com um pequeno pedaço de gaze, e nesse leito colocamos o pó procurando com o dedo fazê-lo aderir em todas as paredes do foco, e como existe aí uma humidade natural, em pouco tempo pó e líquido de secreção formam uma massa fina com a qual "rebocamos" ainda melhor toda parede da superfície infectada.

Ao fechar mesmo no caso de drenagem, não temos nenhum refluxo líquido, temos a certeza de não se ter escoado o líquido no resto da cavidade, e melhor ainda sabemos que o medicamento ficou em contacto na proporção desejada e em toda a superfície por qualquer circunstancia se tornou suspeita. Em nossos casos e com este procedimento muitas vezes não usamos mais o dreno e abreviamos enormemente o tempo de drenagem quando ela se tornou necessária. As sequencias operatorias tem sido ótimas.

Quanto ao uso da sulfanilamida como preventivo de infecções nas intervenções da cavidade abdominal, cremos não haver uma justificação para o seu uso local, uma vez que o seu emprego por outras vias, é perfeitamente eficiente. Nas intervenções intestinais principalmente nas resceções as infecções são mais resultados de más suturas do que de outras falhas. E, quando com meios de esterilização perfeita e com tecnicas perfeitas, as vezes aparecem as infecções nas mesmas, postos de lado os casos em que não temos outra justificativa senão a propria constituição ou propensão do doente, os processos de sutura ainda deveriam ser os culpados, não tanto por não terem sido bem feitos, mas pela forma com que foram feitas em órgãos em cujas cavidades existem materiais de excreção sujeitos a fermentações e formações de gases, que duma hora para outra tem as paredes distendidas sem se poder calcular bem a que grau de pressão estarão sujeitas estas suturas, e até que ponto permitirão a entrada em seus interstícios destes gases toxicos.

Nessas condições as suturas término-terminais são às menos resistentes. Devido a isto em nossos casos sempre usamos nas resceções intestinais as suturas látero-laterais para anastomose. Fechando antes as extremidades seccionadas de modo completo com um ponto circular e oclusivo arrematado por um sepultamento em bolsa. Desta forma toda pressão interna do intestino, provocada pelos gazes nunca poderá romper o fundo de saco constituido por essa oclusão, e com as duas extremidades fechadas desta forma se torna mais fácil o tempo da anastomose látero-lateral. Melhor prova disto tive há pouco num caso de resceção do coecum e metade do colon trasverso por tumor oclusivo do angulo direito do colon — com anastomose do ileum na parte restante do transverso. A sequencia operatória foi boa e o doente está em perfeitas condições apesar do meteorismo acentuado no post-operatório que teria rompido as suturas se outro processo

tivesse sido usado. O uso de sulfanilamida teria em resceções desta natureza sua provavel indicação, mas o processo de sutura não deu motivo para o seu uso.

Alem destes casos, ainda com a sulfanilamida em pó temos colhido muito resultado nos empiemas. Aberta a cavidade pleural, costumamos drenar durante seis a oito dias, no fim dos quais a cavidade é lavada com soro, depois de esgotado completamente o liquido, insuflamos o pó dentro da cavidade, um ou dois tubos de Anaseptil peritonial, e o dreno é retirado. Por mais alguns dias o orificio é ligeiramente dilatado para dar saída a uma secreção não mais purulenta e a cura se processa rapidamente.

Assim vemos o alto valor que tem a sulfanilamida e tão grande é ele que são justificadas as mais arriscadas intervenções cirurgicas para pô-la em contacto com os focos infectados.

Endereço: Amparo.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

CIRURGIA. GINECOLOGIA. OBSTETRICIA



DIRETORES:

DR. EURICO BRANCO
RIBEIRO

E

DR. JOSÉ RIBEIRO DE
CARVALHO

RUA PIRAPITINGUI, 114
TELEFONE, 7-4020 SÃO PAULO

O problema da anestesia em cirurgia de guerra (*)

Dr. Enos Costa França Mondadori

Médico em São Paulo

Cada um de nós pensemos, antes de tudo, qual seria a nossa principal e mais acabrunhadora preocupação se tivéssemos, por acaso, que sofrer qualquer intervenção cirúrgica. Não sentir nada, a supressão completa de dor, este seria o nosso primeiro, mais humano e mais ardente desejo e teríamos, ainda, quasi certo, esta outra paradoxal preocupação: o medo da anestesia.

Além do princípio de justiça este fato nos mostra, também, qual toda a importancia do problema da anestesia no socorro ao ferido de guerra.

E' nossa intensão apresentar o assunto sob seu aspecto real e falar somente sobre o que está, no domínio da anestesia, dentro de nossas possibilidades e sobre o que poderemos realizar, de fato, com nossos próprios recursos.

Vamos nos limitar, pois, ao mais simples: ao aspecto pratico immediato da questão, abordando a matéria sob os pontos de vista educacional, tactico, econômico, técnico e clínico.

O que aqui vai é um esboço, uma sugestão, o intuito de uma contribuição para a solução de um de nossos problemas do momento, o problema do aparelhamento, em pessoal e material, do ponto de vista da anestesia, de nossa organização cirúrgica de guerra.

No que diz respeito ao anestesista, não há necessidade de encarecermos aqui, sob todos os seus aspectos, em um momento que não é oportuno para críticas mas que deve ser todo ele preenchido pelo esforço construtivo de cada um, a precariedade de nossa organização em materia de anestesia. Em tempo de guerra as necessidades são, naturalmente, maiores ainda.

Sempre dentro do ponto de vista pratico, enquadrado nas necessidades e possibilidades próprias do país, vamos nos referir apenas aos pontos vitais da questão deixando de lado, intencionalmente, seu aspecto doutrinario.

O conflito atual tem uma fisionomia particular em virtude das modificações que sofreram os armamentos das nações e da tactica adequada ao maior aproveitamento das novas armas en-

(*) Palestra realizada, em Novembro de 1942, na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina, serviço do prof. Raul Briquet.

tre as quais preponderam: a aviação, as formações motorizadas e a "guerra psicológica". Infelizmente também nada nos autoriza a eliminar a possibilidade do emprego, em larga escala, para o futuro, dos agressivos químicos.

A topografia, as redes de transporte, a localização dos centros industriais, o carácter próprio das populações, a extensão do território, etc., indicam, para nós, condições particulares de luta.

Uma cousa, entretanto, precisa ser prevista: a possibilidade do afluxo de um grande número de feridos tanto militares como civis. E a cirurgia de guerra é uma cirurgia de urgência com a desvantagem, para todos, da falta de certos esclarecimentos importantes sobre o paciente. Um indivíduo desconhecido necessitando uma intervenção de urgência, geralmente sem nenhum preparo prévio, estando o médico alheio às condições físicas e psíquicas anteriores de seu paciente e também ignorando se este perdeu muito sangue e há quanto tempo está em "choque" e se padece de alguma afecção das vias respiratórias, etc., eis o que caracteriza, em geral, um ferido de guerra. Um paciente nestas condições tão desfavoráveis exige, naturalmente, que a sua anestesia seja confiada a um indivíduo experimentado.

E' difícil, até o momento, a gente saber quantos anestesistas habilitados poderão fazer face às necessidades. Entre aqueles passíveis de serem mobilizados, entretanto, nós não possuímos, é certo, um número bastante de médicos com conhecimento e prática suficientes de anestesia.

O numero deficiente de médicos aptos à prática da anestesia e também a existencia diminuta daqueles com uma instrução mais especializada do assunto influirá, certamente, embora com inevitável prejuízo para a saúde do paciente, na escolha do método.

Naturalmente terão que ser afastados, na falta de anestesista especializado, não só aqueles anestesicos que requerem maior cuidado em sua administração com os métodos de execução técnica mais difícil.

Para se assegurar o principal em anestesia — o máximo de segurança — a escolha terá que recair, no caso, sobre os processos mais simples e que não exigem, de quem os pratica, conhecimentos especializados.

Nós já falamos antes que não possuímos um numero suficiente de médicos habilitados a praticarem a anestesia no caso de uma emergência, entretanto, não podemos deixar de ter presente que o anestesista para o período de guerra tem que ser preparado no tempo de paz.

O ideal seria que todas as anestésias fossem realizadas por médicos devidamente instruídos e treinados, porém, em face das contingências próprias da guerra, isto não é praticável. O que se

pode preconizar, pois, é o aumento, o quanto possível, de médicos-anestesistas e o recrutamento imediato, para a devida instrução, do número necessário, só possível de ser fixado pela Diretoria da Saúde do Exército, de indivíduos capazes de servirem de anestésistas auxiliares. Estes indivíduos poderiam ser recrutados, de preferência, por causa de seus conhecimentos básicos, entre os estudantes de medicina, dentistas e farmaceuticos e, sendo escasso o número destes, disponiveis, entre os enfermeiros e enfermeiras que trabalham nos nossos diversos centros cirúrgicos. Estes futuros anestésistas auxiliares necessitam, naturalmente, um curso especial, teórico e prático, intensivo. Sua educação, já que é entre nós escassissimo o número de anestésistas especializados, deverá ser confiada aos nossos cirurgiões que mais tenham se distinguido no estudo e prática da anestesia, áqueles que já tenham dado provas de sua experiencia e capacidade no assunto. A cooperação de nossos centros cirúrgicos officiais e dos serviços particulares organizados é, para o caso, indispensável.

O quadro de anestésistas poderá ser organizado, de uma maneira geral, de acôrdo com as possíveis condições militares, em 3 grupos.

O 1.º é o das formações móveis e tem por função: minorar a dôr dos que sofrem caídos no campo de luta ou nas ruas das cidades; praticar, nas ambulancias ou postos médicos de socorro, as anestésias de urgencia imprescindíveis antes do transporte dos feridos para hospitalização.

Integram este grupo os anestésistas-auxiliares: estudantes de medicina, dentistas, farmaceuticos e enfermeiros.

O 2.º é o das formações estaveis, mais bem aparelhadas e de maiores recursos, instaladas em hospitais ou em casas adaptadas de nossas cidades do "interior" que eventualmente estejam localizadas proximo de setores de combate ou em zonas mais expostas a bombardeios aereos.

Compõem este 2.º grupo que já tem por finalidade a realização de anestésias de diferentes tipos para as mais diversas intervenções, os médicos-anestésistas com a colaboração dos anestésistas-auxiliares.

Para maior rendimento e eficiencia do serviço, para maior liberdade e economia de tempo do cirurgião, o médico-anestésista age, aqui, com autonomia, cuidando do preparo do paciente, da indicação anestésica e, nos casos mais delicados, da administração da anestesia; e cuidará também, de acordo com o cirurgião, do tratamento post-operatório.

O corpo de anestésistas-auxiliares deste 2.º grupo, com ação em local já um pouco menos vulneravel e apresentando menores exigencias de movimentos do pessoal, poderia ter o curso de enfermeiras.

O 3.º grupo, dos anestesistas mais qualificados e seus auxiliares, localizado nos grandes centros cirúrgicos estaveis onde a anestesia poderá ser realizada nas mesmas condições e variedades do tempo de paz, terá a finalidade de instruir e formar, continuamente, novos auxiliares e prestar colaboração, na medida do possível, para o aperfeiçoamento constante da anestesia.

Quanto ao anestésico temos que estar sujeitos, na sua escolha, a diferentes fatores. Não só as suas propriedades fisiológicas como também certos requisitos de ordem militar, econômica e técnica precisam ser levados em consideração.

Os laboratórios nacionais, empregando matéria prima exclusivamente indígena, até o momento só podem nos fornecer dois anestésicos: o éter e o cloreto de etila.

Afora estas duas, todas as outras demais drogas usadas em nosso meio, quer para a analgesia e produção de "estados crepusculares" quer para narcoses, quer para anestésias parciais, ou são importadas ou então fabricadas, entre nós, com matéria prima vinda do exterior.

Urge, pois, que nossos institutos científicos e nossos laboratórios estudem os meios de se aparelharem para a produção de certas substâncias indispensáveis agora e, no futuro, necessárias à nossa independência neste setor.

As condições de guerra requerem, do anestésico a ser empregado, certas qualidades.

Já acentuamos a importância de sua proveniência nacional condicionando a possibilidade de estoque e o fácil fornecimento.

A técnica de administração deve ser simples e dispensar a exigência não só de pessoal especializado como de aparelhos complicados e de delicado manejo.

Para facilitar o maior rendimento do serviço é preciso que o narcótico seja de ação rápida e de breve duração, aplicável à maior variedade de casos e, para satisfazer ainda às necessidades de transporte e armazenagem, deve ter um acondicionamento simples e seguro, não devendo ser, de preferência, inflamável nem explosivo.

Nos centros cirúrgicos estaveis, dotados de anestésistas capazes, todos os métodos com os seus requisitos de técnica poderão ser empregados, interessando apenas, para termos uma base útil de julgamento de como poderão ser satisfeitas as eventuais ocorrências, o lavantamento do estoque dos diversos anestésicos e aparelhos de administração existentes entre nós.

Interessam-nos, principalmente, aqui, os métodos que se ajustam às condições da cirurgia de guerra propriamente dita, daquela que em determinadas ocasiões tem de ser realizada em larga escala, sem o cirurgião dispôr de certos recursos em pessoal e material e, às vezes, em precárias condições de estabilidade.

Os hipnoticos e as misturas hipnoticas desempenham, hoje, saliente papel não só na técnica da narcose como na das anestesias loco-regionais. Sua importancia, no tempo de guerra, é então especial, servindo ao primeiro socorro à dor do ferido; facilitando o seu transporte; evitando um nefasto esgotamento nervoso e agindo, já utilmente, no preparo à subseqüente anestesia.

Seria de todo recomendavel, pois, que nos abastecessemos de um produto de ação sedativa e hipnotica, de administração interna, do tipo "Nembutal"; e dois produtos injectaveis, um de efeito menos intenso, do tipo "Sedol", outro de ação mais pronunciada, do tipo "Scophedal".

O eter, o cloreto de etila e uma mistura anestésica com base de eter como o Balsoforme, de largo uso entre nós, occuparão, no nosso modo de ver, o primeiro lugar na pratica das narcoses por inhalação e, também, da anestesia em geral em cirurgia de guerra.

Seria bastante util, pois, que providenciassemos o acondicionamento de parte de nossa produção destes anestésicos, para facilitar a questão do transporte e da manipulação em circunstancias desfavoraveis, em latas e tubos metálicos.

O eter, além da vantagem de ser de fabricação nacional e de ser o narcótico que oferece, em virtude de sua larga margem de segurança, menores riscos de accidentes quando administrado por mãos pouco experimentadas, alia, a estas, ainda a qualidade de se prestar à pratica de narcoses tanto de curta como de longa duração. Tanto ele como o Balsoforme podem ser dados por meio da mascara simples, pelo chamado metodo aberto, ou por intermedio do aparelho de OMBRÉDANNE, já fabricado entre nós e que simplifica de muito, para quem não tem pratica, a técnica de administração do narcótico e faculta, ainda, a utilização, por parte do paciente, do gás carbônico que estimula os centros respiratórios.

Para a administração do cloreto de etila, anestésico para narcoses breves, deve ser usada a mascara simples.

Preconizamos o emprego sistemático da atropina, independente de verificação do reflexo oculo-cardíaco para se ajuizar o estado neuro-vegetativo do individuo, antes de toda e qualquer narcose pelo eter, Balsoforme ou cloreto de etila. A injeção previa de $\frac{1}{4}$ de miligrama de sulfato de atropina diminue ou mesmo afasta de todo os riscos da sincope cardíaca inicial, gravíssima, nos individuos apresentando uma hiper-excitabilidade do vago. Esta dose já é sufficiente, também, para reduzir as secreções glandulares de modo a evitar os perigos e incomodos da abundante secreção salivar e dos bronquios durante a eterização e para suspender a secreção de suor, reduzindo assim os inconvenientes do resfriamento e da desidratação do organismo.

E' aconselhavel o emprego, após a narcose pelo eter ou Balsoforme e sempre que as condições permitirem, do carbogenio (mistura de 95 % de O_2 + 5 % de CO_2) ou do gás carbônico que,

além do efeito imediato benéfico que exercem sobre a depressão respiratória e circulatória, combatem o choque e desempenham acentuado papel preventivo das complicações pulmonares post-operatórias. Eles aumentam a ventilação pulmonar, elevam a pressão arterial e agem eficazmente sobre o coração e circulação do sangue venoso.

A narcose pela via endovenosa ainda é relativamente pouco praticada entre nós, não sendo de uso corrente nos nossos principais centros cirúrgicos. Embora pequena a nossa experiência com esta modalidade de anestesia para a qual nutrimos certa aversão até o presente, talvez injustificável, não nos arreceamos de aconselhar, nas circunstancias atuais, e necessidade urgente de sua difusão no nosso ambiente cirúrgico em vista do crescente número de trabalhos e estatísticas de quasi todos os países, proclamando a sua utilidade. Ela preenche quasi todas as qualidades requeridas a uma anestesia para a cirurgia de guerra; daí a necessidade premente de obtermos, já que não podemos preparar, um barbiturico como o "Evipan sodico" que é, nos parece, o que tem tido maior aceitação. Uma vez não faltando o produto, não deixará de existir a boa vontade de nossos cirurgiões e anestesistas para o estabelecimento da técnica que melhor se nos ajusta e sua imediata difusão.

A anestesia loco-regional nas suas diversas modalidades e a raquianestesia sub-aracnoidéa são as anestésias periféricas mais adequadas à cirurgia de guerra.

A matéria-prima dos produtos por nós usados para a realização destas anestésias é, até agora, de origem estrangeira. E' de urgencia, pois, que procuremos, com os nossos próprios recursos, os meios de sanar esta lacuna e que tomemos providencias no sentido de ser estabelecido um estoque suficiente de droga.

As condições do ferido de guerra e as circunstancias que o cercam, ditam certas restrições à indicação da anestesia loco-regional que, embora a menos tóxica, só é viável nos casos em que o campo de ação do operador é limitado. Ela não se presta, evidentemente, para o tratamento cirúrgico das grandes feridas; para a procura e extração de um estilhaço ou projétil de localização imprecisa ou para uma ocasião em que é imprescindível um intenso rendimento do serviço cirúrgico.

A associação da anestesia loco-regional com as misturas hipnoticas nos faz prever, entretanto, a possibilidade de um emprego mais dilatado do método nos casos comuns e quando as condições do paciente não permitirem, sem grave risco para a vida, a narcose.

Tambem será restrito o uso da raquianestesia sub-aracnoidéa que encontra, com frequencia, no ferido de guerra, além de

obstáculos de ordem técnica, condições particulares de contra-indicação (hipotensão, estado de choque, grave anemia).

Não fizemos, de propósito, nenhuma referencia a algumas técnicas novas e de uso em cirurgia especializada, nem a certos tipos de anestesia atualmente em grande voga, como, por exemplo, a narcose pelos gases e pela via retal com a "Avertina", a anestesia peridural tão bem estudada em nosso país, etc., que, como já dissemos, ou por carencia de material ou por falta de pessoal especializado ou por dificuldades inherentes à técnica ou ainda por condições de ordem militar, só poderão ser usados em formações cirúrgicas estaveis, as mais bem dotadas, onde as condições não diferem muito daquelas dos tempos de paz.

Antes de terminarmos queremos ainda dizer alguma cousa referente à anestesia no gaseado. Na eventualidade de um ataque pelos agressivos químicos, de natureza e efeitos imprevistos ainda para nós, aparecerá uma classe de feridos que constituirá, à respeito da indicação anestésica, um sério e embaraçoso problema.

A disparidade de opiniões entre os diversos autores estrangeiros, sobre o assunto, é muito acentuada. Enquanto uns rejeitam terminantemente o emprego de qualquer narcótico por inalação, outros pensam de maneira diferente. As anestésias pela via endovenosa e pela via retal, respectivamente, com um barbiturico e com a Avertina, são aceitas em princípio, porém, com certas restrições. Assim também a loco-regional sem adrenalina a qual parece reunir, a seu favor, o maior número de adeptos.

Pela importancia e complexidade de que se reveste, em particular para nós que não dispomos de certos recursos, a questão de anestesia no ferido gaseado, somos de parecer que o assunto deveria ser estudado, quanto antes, sob seus diversos aspectos, por uma comissão (composta por químicos, farmacologistas, fisiologistas, anatomo-patologistas, clínicos, cirurgiões e anestesistas) que apresentasse, em breve espaço de tempo, os resultados e conclusões de seus trabalhos que serviriam de base para uma mais acertada indicação anestésica nesta ordem de feridos.

Endereço: Caixa postal, 4282.

LIQUÍDO - CEFALO - RAQUIDIANO

LABORATÓRIO ESPECIALIZADO

Punções sub-ocipitais. Lipiodól-radiológico
ascendente e descendente, Ventriculografias

Medicação intra-raquidiana.

DR. OSWALDO LANGE

Rua Xavier de Toledo, 99
apartamento 3 - 2.º andar

Fone : 4-6646

Sífilis



RHODARSAN é o
mais moderno,
mais espirilicida,
mais tolerável
dos arsenobenzóis

CADA LOTE É SUBMETIDO A RIGOROSOS ENSAIOS QUÍMICOS, BIOLÓGICOS E CLÍNICOS, SENDO APRESENTADO COM A GARANTIA DOS ÓRGÃOS OFICIAIS DE CONTRÔLE.

NA CLÍNICA PARTICULAR OU HOSPITALAR
ESPECIFIQUE **RHODARSAN** AO PRESCREVER
ARSENOBENZOL

CAIXAS DE 1 E 10 AMPÓLAS DAS SEGUINTE DOSES:

I - 0gr.15	III - 0gr.45	V - 0gr.75	X - 1gr.50
II - 0gr.30	IV - 0gr.60	VI - 0gr.90	XX - 3gr.

RHODARSAN

O ARSENOBENZOL DA ATUALIDADE

CORRESPONDÊNCIA: *Rho* C. POSTAL 2916 - S. PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSÃO DE 11 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. ULISSES PARANHOS

Os Irmãos Mayo, magos da da cirurgia — DR. EMILIO CORBIÈRE — Falou o A. sobre a vida dos dois irmãos Mayo os famosos cirurgiões fundadores da grande clínica de Rochester, tendo feito um longo estudo das atividades desses médicos que legaram aos EE. UU., depois de uma existência profícua, a maior e a mais conceituada clínica dos últimos 30 anos.

Situação legal dos monstros diante do código civil argentino

— DR. EMILIO CORBIÈRE — O orador iniciou o seu estudo focalizando o aspecto religioso da questão nas sociedades passadas, vindo até época recente, quando o monstro, vítima da irregularidade da natureza, começou a ser visto como um produto natural da criação e não como uma manifestação diabólica. A conferência estendeu-se longamente e o conferencista abor-

dou vários aspectos de importante problema, até hoje ainda em estudo em vários países. Citou autores de várias nacionalidades, estudando o monstro juridicamente, de três séculos para cá, demorando-se na jurisprudência sagrada que encara a questão do ponto de vista meramente religioso.

Réferiu-se à administração do sacramento aos seres anormais, debatida em 1863, numa reunião de sábios na Universidade de Louvain, à qual compareceram representantes das mais famosas Universidades da Europa, terminando por fazer um longo estudo sobre o monstro perante o Código Argentino, focalizando os seus vários aspectos e concluindo por afirmar que "o monstro não é um ser humano, na opinião da ciência biológica, e que por isso ele não existe perante o Direito Civil.



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL. 4-6462

Hormoplacentino

12 ampolas de 1 c. c.

Sangue de animal sadio em adiantada gestação, livre de substâncias anafiláticas, ativado com extratos mamários e placentários.

Estimulante da nutrição geral, determina quando injetado, um considerável aumento do leite. Frieza sexual da mulher. Perturbações da menopausa.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLESTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS EM 4 DE MAIO

Presidente: DR. ANTÔNIO DÁCIO FRANCO DO AMARAL

Observações sobre anofelinos do complexo "albitarsis" (Nota prévia) — DRS. A. L. AYROZA GALVÃO e R. G. DAMASCENO — Os autores verificaram que os A. "albitarsis" que ocorrem no município de Cachoeira, Ilha de Marajó, no Pará, apresentam hábitos intensamente domiciliares.

Os ovos destes anofelinos são semelhantes aos do "albitarsis" que ocorrem nas cercanias de São Paulo, mas apresentam um desenho em forma de mosaico no seu exocorion; os adultos, igualmente, são muito semelhantes, mas diferem pelo seu porte menor e pela faixa negra do segundo tarso posterior, que é também menor: — 36 a 50% do artículo em vez de 77 a 84 nos "albitarsis" de São Paulo; e a terminália dos machos difere da destes últimos, por apresentar a pilosidade do lobo ana apenas no seu terço basal em lugar de atingir a sua metade.

Houve na localidade em que foram estudados estes "albitarsis" domésticos de Marajó um surto de malária que pode ser relacionado à presença destes anofelinos. A malária foi extinta graças a um tratamento rigoroso, aplicado ao pequeno número de habitantes que lá vive completamente isolado por grande distância de outros núcleos de população.

Os "albitarsis" domésticos de Marajó são idénticos aos da Baixada Fluminense pelos seus caracteres de ovos, dos adultos, da terminália do macho e pelos seus hábitos intensamente domiciliares.

Uma revisão da literatura mostra que a forma típica do "A. albitarsis" de Buenos Aires, localidade de onde foi descrito por Arribalzaga e segundo testemunho deste mesmo autor, não é doméstico e é pouco antropófilo.

22)

A forma de A. "albitarsis" estudada por Root na Baixada Fluminense deve corresponder à estudada por Coutinho, em 1942, na mesma região e por Godoy e Pinto, em 1923, em Campos, forma esta de hábitos domiciliares, antropófilos que foi encontrada infectada naturalmente por estes autpres. Portanto, estes anofelinos são diferentes da forma típica descrita por Arribalzaga.

O A. "albitarsis limai" foi descrito como uma variedade distinta baseado na morfologia dos seus ovos, que diferiam dos descritos por Root com material da Baixada e tido como de forma típica. Além disto havia a diferença de hábitos, tão notória. A variedade "limai" tem marcação de adultos, terminália e hábitos idénticos aos da forma típica que ocorre na Argentina. Se se verificar que os seus ovos são idénticos, os "albitarsis limai" não domiciliares de São Paulo deverão ser considerados como sinônimos da forma típica.

Devido às diferenças morfológicas e biológicas que apresentam os "albitarsis" de hábito domésticos de Marajó e da Baixada Fluminense devem ser considerados como constituindo uma variedade distinta, para o qual os autores propõem o nome de "Anopheles (Nyssorhynchus) albitarsis varietas domesticus".

Comentários: O sr. presidente agradeceu aos autores a interessante Nota Prévia com que honraram a Secção. O trabalho mostra quão importante é o estudo da morfologia miuda dos nossos "Nyssorhynchus": diferenças mínimas na marcação do adulto, na terminália do macho e no desenho dos ovos, conforme se depreende do trabalho apresentado, estão de acôrdo com diferenças de hábitos dêsse "albi-

tarsis" de Marajó, em comparação, por exemplo, com os hábitos do "albitarsis" de São Paulo. Tais fatos, é obvio, têm alta importância científica e econômica no sentido de orientar, na campanha contra a malária, a luta anti-anofélica, pois só devem ser combatidas aquelas espécies ou variedades que, pelos seus hábitos antropófilos se mostrem capazes de veicular os plasmódios humanos. À medida que as observações se vão acumulando, vão os fatos dando razão ao dr. Ayroza Galvão, que foi o iniciador, entre nós, desses estudos de morfologia miúda dos nossos "Nyssorhynchus".

Primeiro caso da forma aguda da moléstia de Chagas no município de Franca — DRS. SAMUEL B. PESSÔA e JARBAS SPINELLI — Os autores descrevem um caso agudo de moléstia de Chagas que tiveram ocasião de observar no município de Franca, Estado de São Paulo. Com esta observação ressaltam a importância considerável que a tripanosomose americana está assumindo entre nós e a necessidade de serem feitos estudos mais sistematizados sobre o assunto. Dão um quadro com todos os casos certos da moléstia de Chagas descritos no Estado de São Paulo. Por esse quadro se verifica que, no total de 22 casos dessa enfermidade observados, desde 1914, em São Paulo, 18 foram registrados depois de 1939. Dizem que a moléstia de Chagas constitui importante questão de higiene rural e que merece ser encarada com mais carinho pelas nossas autoridades sanitárias, criando comissões ou serviços destinados ao conhecimento melhor de sua distribuição no Estado de São Paulo, para poder ser a endemia combatida de maneira mais eficiente. E' o que se está fazendo na Argentina, Chile, Uruguai e, entre nós, no Rio Grande do Sul e em Minas Gerais.

Comentários: Dr. Dácio Amaral: Agradecendo ao prof. Pessôa e ao dr. Spinelli a interessante observação que acabam de apresentar a esta Seção, julgo oportuno

assinalar que os casos de tripanosomose americana se vêm sucedendo com muita frequência em nosso Estado. Boa dose de razão, pois, tinha o prof. Pessôa quando, na chefia da Comissão de Estudos da Leishmaniose, propugnava para que se fizessem estudos especiais sobre a Moléstia de Chagas, entre nós.

Nota sobre a incidência de portadores de cistos de "E. histolytica", numa comunidade rural — DR. A. DÁCIO F. AMARAL — O A. diz, de início, que o problema amebíase, em nosso País, apesar de contribuições valiosas a seu respeito, não está completamente elucidado, pois ainda não dispomos de dados suficientes para aquilatar da importância que essa protozoose deve assumir entre nós. Os estudos até agora levados a cabo em relação ao assunto, ainda que bem conduzidos, são relativamente escassos para a nossa vastidão territorial. Além disso, há discrepâncias nos resultados a que têm chegado os investigadores do assunto: ao lado de pesquisas, que demonstram ser a amebíase um sério problema para nós, outras existem que, antes, tendem a dar pouca importância à "Endamoeba histolytica", em nosso meio. Daí a necessidade de se intensificarem os estudos em relação ao assunto, a exemplo do que se tem feito nos Estados Unidos e na Argentina. A nota que o A. trouxe à Seção se baseia num estudo feito entre os moradores do Núcleo Colonial "Barão de Antonina", no Município de Itaporanga, Estado de São Paulo. O método de exame de fezes empregado foi o da centrifugação e flutuação no sulfato de zinco, método de Faust et al. O material examinado vinha conservado na solução de formol a 10%. O emprêgo do formol para a conservação de cistos de protozoários não conta com a simpatia de alguns autores, sob a alegação de que tal conservador não deixaria os cistos em boas condições para o diagnóstico. O A., porém, do que pôde observar, julgou-se habilitado a concluir que, se na verdade, o material fresco oferece maiores vantagens para o exame, o conser-

vado em formol, entretanto, dá resultados satisfatórios. No inquérito procedido pelo A. foram examinadas as fezes de 400 indivíduos, entre os quais foram encontrados 64 portadores de cistos de "E. histolytica", o que dá a incidência de 16%. Considerando que, segundo verificações do A., em colaboração com Avila Pires, o método de Faust et al, aplicado uma só vez, num determinado grupo de indivíduos, revela apenas um pouco mais de 50% dos portadores de cistos de "E. histolytica", é de crer que, no grupo em questão, os 16% se elevariam, no mínimo, a 32%, caso fossem os exames repetidos entre os negativos várias vezes, conforme aconselham o A. e Avila Pires, em trabalho intitulado "Nota sobre a incidência de portadores de cistos de 'Endamoeba histolytica' (Estudo em 300 presidirários)", trabalho este, lido na reunião de março do corrente ano, na Sociedade de Gastro-Enterologia de São Paulo, e em vias de publicação. O A. apresenta um resumo dos resultados obtidos para levantar a incidência dos portadores de cistos de "Endamoeba histolytica" nos 400 indivíduos examinados, do Núcleo Colonial "Barão de Antonina".

Embora ache o A. que o seu inquérito tenha abrangido um número relativamente pequeno de indivíduos, julga, entretanto, que os resultados obtidos, podem dar uma idéia de que o parasitismo pela "Endamoeba histolytica" deve constituir um sério problema para o nosso meio rural.

Comentários: Dr. Mauro Pereira Barretto: Em primeiro lugar eu quero felicitar o autor pelo trabalho, que é de valor, particularmente em nosso meio, onde Faust diz que praticamente não existem trabalhos a tal respeito. Antes de discutir o ponto relativo à incidência de portadores de "E. histolytica", quero fazer, não uma objeção, mas um pequeno reparo a respeito do nome do método de exame de fezes utilizado no inquérito. O prof. Faust, modesto que é, não gosta que se chame a

tal método, — Método de Faust, — porque esse método foi descoberto, não só por ele, mas por ele e vários colaboradores. Ele prefere a denominação, — método de flutuação e centrifugação no sulfato de zinco. Quanto à distribuição da amebíase no hemisfério Ocidental, eu tive ocasião de assistir à comunicação do trabalho de Faust, na reunião anual da American Society of Tropical Medicine, em St. Louis; por deficiência do meu inglês, tive de ouvir calado a afirmação de que nada existia no Brasil, em relação ao assunto. Um outro comentário diz respeito à repetição dos exames nos portadores. Há, a tal respeito, um trabalho de Sawitz e Faust, em o número de março deste ano, do American Journal of Tropical Medicine: eles fazem um trabalho metódico sobre a influência do número de exames, na descoberta de portadores de cistos; fazendo 10 exames sucessivos, conseguem revelar praticamente todos os casos positivos; fazendo 6 exames, obtêm quasi 100% de positividade. Aconselham, na prática, 6 exames sucessivos. Quanto ao uso de preservadores, Faust e colaboradores usam a conservação do material em formol. Entre nós, o processo foi aconselhado por Rosenfeld. Tivemos oportunidade de ver o material deste último, após vários anos de conservação em formol. O diagnóstico é fácil, quando se usa o lugol modificado por D'Antoni. Eu quero ainda perguntar ao autor se ele teve ocasião de fazer culturas e se este método deu melhores resultados do que os dos exames sucessivos pelo processo de Faust e colaboradores. Desejo, enfim, saber qual a porção das fezes utilizada; se as primeiras porções ou as porções seguintes ou uma emulsão de fezes, da qual tenha retirado um pouco para fazer a centrifugação e flutuação no sulfato de zinco.

Prof. Samuel Pessoa: Peço a palavra afim de chamar a atenção para a comunicação do dr. Dácio a qual representa um trabalho feito sob os auspícios da extinta Comissão de Estudos da Leishmaniose, criada pelo dr. Ademar de Barros

e que o atual Governo, na sua sabedoria, resolveu suprimir. Entretanto, nos dois anos em que a referida Comissão exerceu as suas atividades, foram feitos mais de 60 trabalhos científicos. Este trabalho, hoje lido nesta reunião, foi feito, como disse, com o auxílio daquela Comissão. É uma investigação que está a demonstrar que a amebíase constitui um problema para as nossas zonas rurais.

Dr. Gastão Rosenfeld: Apreciei o trabalho do dr. Dácio Amaral que vem contribuir para esclarecimento de um problema importante. Desde 1936 venho colecionando dados no meu laboratório de análises clínicas, a-fim-de fazer uma estatística sobre o número de portadores de protozoários e as proporções entre eles, num material bem diferente do usado pelo dr. Dácio, pois se trata de doentes de clínicas particulares. Já conto com cerca de 1.800 casos positivos, porém, ainda não reuni os dados, pois espero colecionar num prazo bem maior. Depois que introduzimos o método de Faust e colaboradores, preconizado entre nós pelo dr. Dácio, tem aumentado no nosso laboratório a percentagem de exames positivos para protozoários. Um ponto sobre o qual desejo chamar a atenção é o da conservação das fezes em formol; admiro-me que haja autores que condenem esse processo, creio que têm usado técnica defeituosa. Deve ser feita uma mistura bem homogênea com as fezes, o formal deve ser abundante e deve ser substituído por um novo, dias depois, para uma conservação prolongada do material. Quando o formol é ácido, o que não é recomendável, este já clarifica os cistos evidenciando os núcleos, mesmo sem lugol. Em 1937 numa publicação em que recomendei esse método, já tinha material assim conservado desde 1933 e os cistos podiam ser perfeitamente diagnosticados, e com cerca de 6 a 7 anos, ainda se conseguia o mesmo resultado. Aliás este método de conservação foi que permitiu que o dr. Dácio pudesse fazer o seu trabalho a distância.

Dr. Dácio Amaral: Respondendo ao dr. Mauro Pereira Barreto, diz que, quanto à denominação do método de exame de fezes, tem sempre escrito método ou processo de Faust et al, ou método ou processo de centrifugação e flutuação no sulfato de zinco. É possível que, ao falar, tenha só dito método ou processo de Faust; no meu trabalho, porém, a denominação está escrita de modo certo. Relativamente ao valor comparativo da cultura e do método de Faust et al., para a descoberta dos portadores de "E. histolytica", é um estudo que pretendo fazer. Posso adiantar que, parece-me, tem a cultura grande vantagem nos casos que se apresentam muito pobres, mesmo quando enriquecido pelo Faust et al.

Dr. Mauro Pereira Barreto: Faz uma interrupção para dizer que se referiu à cultura do material não enriquecido. Embora o método de cultura, nos Estados Unidos, tenha sido preconizado por Craig, na Tulane, Faust, não dá valor ao método, existindo, entretanto, outros investigadores americanos que o reputam como excelente processo de diagnóstico para a "E. histolytica".

Dr. Dácio Amaral: são pontos que pretendo investigar durante os estudos que estou realizando em relação à amebíase, em nosso meio. Quanto às porções de fezes utilizadas, tenho a dizer que o material enviado ao laboratório é bem emulsionado; essa emulsão é que se cõa em gaze ou tamis metálico, para servir ao exame. Ao prof. Pessoa, devo dizer que bem razão teve ele quando nos sugeriu fizéssemos um inquérito sobre os portadores de cistos de "histolytica" numa localidade do nosso meio rural; os nossos dados demonstram que a amebíase deve muito preocupar aos que se interessam pelo nosso saneamento rural. Ao dr. Rosenfeld, devo declarar que, em comunicação futura, pretendo trazer ao conhecimento dos colegas o que, nos meus inquéritos coprológicos, tenho encontrado em relação à incidência dos diferentes protozoários intestinais. Não tenho,

porém, a menor dúvida em afirmar que a "coli" é muito mais frequente do que a "histolytica". Estou com o dr. Gastão, quando defende o uso do formol para a conservação dos cistos. Entretanto, tive de citar, na minha comunicação, que há autores que contraindicam tal prática. Na minha experiência, o exame de fezes, a fresco, oferece maiores vantagens para o diagnóstico do que as conservadas em formol; estas últimas, porém, dão resultados muito satisfatórios. Assim, pode-se usar o material conservado no formol toda vez que, como no caso do meu inquérito, o mesmo material só possa chegar ao laboratório depois de muito tempo; os resultados serão satisfatórios, como os que eu obtive.

Leishmaniose visceral americana — DRS. G. ROSENFELD e O. MONTEIRO DE BARROS — Os autores apresentam um caso de leishmaniose visceral americana, proveniente da Bolívia, Estrada de Ferro Brasil-Bolívia, diagnosticada pela punção esplênica. Foram experimentados, sem resultados tratamentos com atebina e eparseno. A cura foi obtida com neostibosan. As intradermo-reações praticadas com "Leishmania chagasi" (isolada do próprio doente) e "Leishmania brasiliensis" foram negativas, enquanto os mesmos antígenos deram resultados positivos num doente com leishmaniose cutâneo-mucosa (*L. brasiliensis*). Os autores concluem que há uma anergia na leishmaniose visceral.

Comentários: Dr. Mauro Pereira Barreto: Em relação à intradermo-reação é interessante a observação dos autores, pelo contraste com as observações de Senekji. Este, por exemplo, que tem uma grande experiência com o kala-azar, acha que a intradermo-reação é positiva nos casos de leishmaniose visceral, no Oriente. Ainda mais, ele descobriu um modo de, na leishmaniose cutânea (Botão do Oriente), distinguir os casos agudos, em evolução, dos casos que já tiveram a moléstia. Tal resultado foi conseguido pelo emprêgo do antígeno

total e pelo emprêgo do mesmo depois de fracionado na sua porção proteica e hidrocarbonada; enquanto nos casos curados, a intradermo-reação só é positiva com o antígeno total, nos indivíduos com lesão ativa e intradermo-reação é positiva tanto com o antígeno total como com a fração hidrocarbonada. Em relação à reação de Napier, ele lhe dá um grande valor diagnóstico, mas outros pesquisadores mostraram que esta reação, devida a um desequilíbrio proteico do sangue, e completamente inespecífica e sem valor diagnóstico ou prognóstico algum.

Dr. Edmundo Navajas: Desejo saber se, em nenhum dos casos citados na literatura, houve a possibilidade de confusão de leishmaniose visceral com a tripanosomíase americana, uma vez que, nesta última entidade mórbida, também se encontram formas em leishmania nas visceras; haveria ainda a considerar a possibilidade de encontrar formas em leishmania pela punção esternal na moléstia de Chagas.

Dr. Gastão Rosenfeld: Respondendo ao dr. M. Pereira Barreto: não conheço os trabalhos citados pelo dr. Mauro, mas os fatos que apresentamos são claros: no nosso caso, fizemos as intradermo-reações com os antígenos de "*L. brasiliensis* e *L. chagasi*" e ambas foram negativas; esses mesmos antígenos, injetados em doente com leishmaniose cutâneo-mucosa, provocaram reações fortemente positivas, de igual intensidade para os dois antígenos. Concluímos portanto que na leishmaniose visceral há uma anergia que existia durante a moléstia e depois da cura, pois foram feitas as reações por diversas vezes em ambas as fases, sempre com o mesmo resultado negativo. Adler diz que até agora não foi possível usar a intradermo-reação como critério para diferenciar as várias leishmanias, pois, animais inoculados com uma determinada espécie de leishmania, reagem tão bem com o antígeno dessa espécie como com o de outras do mesmo parasita. Quanto à questão da reação de Napier, já há muito

tempo que ela não é considerada como específica, porque em qualquer moléstia em que haja desequilíbrio proteico, com inversão da relação serina-globulina, esta torna-se positiva. Achemos que ela é muito útil para acompanhar a evolução da moléstia, diminui a velocidade da reação à medida que o doente melhora e muitas vezes ainda é positiva após a cura clínica com exames parasitológicos negativos, indicando assim que o indivíduo ainda não está em condições normais. Ela serve portanto de indicador para saber como o indivíduo melhora e quando está curado. Como critério diagnóstico, é claro, não tem valor. Respondendo ao dr. E. Navajas; a confusão entre leishmaniose visceral e moléstia de Chagas é coisa difícil: a hépato-splenomegalia, que domina o quadro da leishmaniose visceral, quasi nunca se encontra na moléstia de Chagas. Nesta última nunca temos leishmanias pela punção esternal. No caso que apresentei

ainda há a prova terapêutica, foi a cura pelo "neostibosan," com regressão de todos os sintomas. Todos esses fatos afastam a possibilidade de se confundir com a moléstia de Chagas.

Dr. Navajas: interrompe para dizer: Não me referi à possibilidade de ser o caso apresentado pelo dr. Gastão passível de confusão com a moléstia de Chagas. Não foi bem entendido o meu comentário. O que eu perguntei foi se o dr. Gastão conhecia, na literatura, algum caso em que a moléstia de Chagas foi confundida com a leishmaniose visceral. Quanto à hépato-esplenomegalia, é claro que pode não ter um grande valor, por causa da associação comum com a malária.

Dr. Gastão Rosenfeld: Não conheço nenhum caso na literatura em que possa ter havido essa confusão e acho que deve ser difícil, pois os dados que citei acima no nosso caso são os mesmos de quasi todos os casos da literatura.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 5 DE MAIO

Presidente: DR. CARLOS GAMA

Neuroses gástricas e insulino-terapia — PROF. DR. PAULINO W. LONGO e DR. JOY ARRUDA — Inicialmente; os AA. salientam a maior incidência das órgãos-neuroses e a necessidade do perfeito conhecimento destes síndromes funcionais, incriminando como seus cultivadores o desconhecimento de sua verdadeira origem psicógena e as terapêuticas médicas mal orientadas. Mostram a gravidade de tais distúrbios que muitas vezes desafiam todos os tratamentos empregados e levam o doente progressivamente para o êxito letal. Citam a este propósito dois casos, cuja evolução foi acompanhada por um dos autores até a morte. E, por tais razões, põem em relevo o valor da insulino-terapia, segundo o método de Sakel, nos casos em que a utilização de terapêuticas medicamentosas energéticas, que garantam as condições essenciais à vida, se torne imperiosa.

O tratamento se refere a dois casos gáves de neuroses gástricas, em que a restrição alimentar consequente a fobias ligadas à alimentação, determinou um estado de magreza próximo da caquexia. Em um deles, havia uma intolerância gástrica que impossibilitava a permanência de qualquer alimento no estômago; no outro a alimentação provocava crises de angústia. Em ambos, os clássicos métodos de tratamento foram utilizados sem nenhum resultado satisfatório. Com a insulino-terapia, houve remissão total e duradoura em um e remissão passageira em outro. Entretanto, este tratamento foi o que proporcionou os mais brilhantes resultados de todos os anteriormente aplicados: regimens, banhos elétricos, psicoterapia armada, convulsoterapia, etc.

Comentários: Dr. Fernando Bastos: O trabalho que acabamos de

ouvir é, sem dúvida, do maior interesse prático, e além disso, vem pôr em foco na nossa sessão um problema que não tem sido ventilado aqui com muita frequência: o das neuroses acompanhadas de distúrbios digestivos, sobretudo gástricos. Também veio focalizar o problema da anorexia, que, do mesmo modo, não tem sido muito estudado entre nós. Acho interessante insistir sobre a dificuldade que existe, na prática, em se fazer o diagnóstico diferencial entre as anorexias primitivas e as secundárias. Isto muitas vezes envolve grandes dificuldades, e temos então que nos basear em dados de anamnese, muitas vezes falhos, conduzindo a conclusões erradas. Ainda recentemente tive ocasião de ver dois casos de anorexia secundária, ligados a uma disfunção glandular interna (da tireóide), e que estavam sendo tratados por colegas nossos, atribuídos os sintomas a uma anorexia puramente psicógena. Ambos os casos eram devidos a um hipertireoidismo, e em um deles havia um metabolismo basal de + 106%, um dos maiores que tenho encontrado até hoje. As duas doentes eram magras, predominando em sua sintomatologia, uma grande anorexia. Uma destas doentes está atualmente em tratamento na Casa de Saúde Matarazzo; a outra não iniciou ainda a terapêutica; em ambas, se notam sintomas nevrosicos evidentes.

Um outro ponto que eu queria focalizar, é a tendência que muitos têm de fazer precipitadamente o diagnóstico de hipofunção da hipófise, nestes casos. Poucas vezes se trata realmente da moléstia de Simmonds, que é incurável, e tanto assim que, no parecer de autores americanos, os casos ditos de moléstia de Simmonds curados, não são, na realidade moléstia de Simmonds.

Eram estas as considerações que eu desejava fazer. Quanto à ação da insulino-terapia em tais doentes, um dos casos citados pelos AA. que eu acompanhei e conheci desde o começo, resolveu-se satisfatoriamente com este tratamento, do que sou testemunha.

30)

Desejo, finalmente, felicitar os AA. pelo brilho do trabalho apresentado.

Dr. D'Alambert: De fato, o diagnóstico diferencial da caquexia de Simmonds é bastante difícil de ser feito, e a não ser por pequenos detalhes, muitas vezes só obtidos por informações da família, como, por exemplo, queda de pêlos, etc., é que se pode fazer com correção o diagnóstico. Desejo entretanto lembrar mais um ponto que será interessante no caso. Num estado de caquexia por desnutrição, essa desnutrição pode determinar uma hipofunção secundária da hipófise, conforme frisam os autores, entre eles Marañon e, dando assim uma caquexia do tipo de Simmonds. De modo que neste ponto haveria um contato possível entre a caquexia por inanição e a caquexia de Simmonds.

Outro ponto a considerar, por estranhável, seria a questão do metabolismo basal do primeiro caso, pois ele costuma estar bem diminuído nos estados de desnutrição, enquanto no primeiro caso citado pelos AA. estava normal.

Quanto ao choque-insulino-terapia, é admitido também, que a influência neste tratamento, se faz por parte da ação da insulina como reguladora da glicemia, influência essa, que viria melhorar o metabolismo cerebral e por conseguinte as condições psíquicas das pacientes. Nesta questão das neuroses gástricas, somos levados a pensar muito mais ainda em uma influência hipoglucêmica da insulina, melhorando o apetite e dessa maneira o estado geral, do que propriamente uma influência determinada pelo choque. Talvez, que, se usasse menor quantidade de insulina, os pacientes em questão melhorassem da mesma maneira.

Outro ponto, é o da sensibilidade maior dos pacientes à insulina quando em estado de inanição. Assim sendo, podemos considerar outra vez, que doses pequenas podem agir benéficamente nesses casos.

Dr. Paulo Lentino: Ao ouvirmos a brilhante exposição do trabalho do prof. Longo e do dr. Joy Arruda a nossa palavra só poderá ser de

colaboração. Em primeiro lugar, o diagnóstico diferencial ficou bem traçado, de modo que não ficou dúvida alguma a este respeito. Todas as provas indicadas foram feitas, inclusive a hipótese levantada pelo dr. Bastos do metabolismo basal. Em relação à aplicação da insulino-terapia, nas neuroses gástricas, o assunto é bastante novo. Trata-se, nos casos apresentados de uma aplicação inédita, realizada pela primeira vez em nosso meio de fato, "os fins justificam os meios", embora a terapêutica insulínica seja um pouco chocante. Mas há casos de neuroses, em que ela deve ser aplicada, como nos casos apresentados. Deve-se ter cuidado nestas circunstâncias de impedir qualquer tentativa, para realizar o tratamento cirúrgico, que nestes casos de neurose gástrica, podem levar a um êxito letal, principalmente, quando, o doente está enfraquecido. Fica assim, plenamente justificado o tratamento pela insulina.

Em relação ao tratamento, fizemos os AA. uma afirmação, que não nos parece bastante exata, pois afirmaram que ficou esgotada toda a terapêutica para estes casos, quando na realidade não foi empregada a psicanálise. No primeiro caso, teria indicação a psicanálise, se bem que o emprego da insulino-terapia tenha sido muito bem indicado. No segundo caso não se justificaria o emprego da psicanálise porquanto era agudo e a insulino-terapia se mostrou uma nova arma terapêutica para esses casos difíceis e de evolução grave como o que foi apresentado.

Dr. Edgard Pinto César: Felicito antes de tudo o prof. Longo e o dr. Joy, pelo trabalho apresentado. Penso que estes casos de neurose, embora o seu caráter digestivo, gástrico, devem ser entendidos de uma maneira mais geral, pois o indivíduo é antes de tudo um neurótico, sendo a sintomatologia gástrica um fato eventual. Há pouco, me veio às mãos um caso de uma doente portadora de uma grave neurose gástrica, com vômitos incoercíveis, e já estava a ponto de ser operada, quando o seu

médico assistente a aconselhou que fizesse uma observação em Juqueri, pois admitiu a possibilidade de uma neurose gástrica. Tive ocasião de examiná-la 15 dias após a internação. Pois bem, toda sintomatologia gástrica tinha desaparecido, sem outro tratamento além da internação. Foi-lhe dada alta, mas não tardou reingressar no Hospital, onde se encontra atualmente, com uma típica histeria de angústia. Isto vem demonstrar que os casos de neurose são complexos do que faz crer a sintomatologia prevalentemente orgânica. Realmente, o sucesso da terapêutica depende muitas vezes deste fato, pois tem-se tendência em atacar os sintomas mais aparentes, deixando entretanto sem combate o núcleo determinador da sintomatologia. O segundo caso apresentado pelos AA. de antigo masturbador, mostra uma falta de evolução no sentido sexual, freudeano, o que acentua o caráter de volta do reprimido. Ainda mais ele não tinha somente a crise gástrica, mas também angústia típica. Assim além de se tratar de uma crise gástrica ele tinha uma neurose mais complexa, neurose de angústia.

Dr. Francisco Tancredi: Antes de mais nada, felicitamos os AA. pela contribuição que trouxeram a esta Casa, contribuição essa cheia de méritos, discutindo um problema dos mais interessantes. Em primeiro lugar, desculpem-me os AA., se por acaso vimos a ferir diretamente o mérito do trabalho o que não seria nossa intenção, mas desejamos apenas fazer comentários que pensamos, não devem ser desprezados. Assim, não nos parece que os dois casos sejam de neurose pura. Em ambos (obs. 1 e 2) existem fenômenos orgânicos. O doente da observação 1 tinha uma lesão gástrica cicatricial, e o do caso 2, tinha uma provável gastrite, segundo os exames radiológicos. Isto não vem absolutamente invalidar o diagnóstico feito, mas naturalmente, tanto num como noutro caso o feitiço dos indivíduos os predispunha a esta situação, e eles alimentaram esse estado psíquico, ao que parece depois do aparecimento dos fenômenos or-

gânicos. Mas, sem entrar nessa questão do diagnóstico diferencial, e admitindo que se tratasse mesmo de uma neurose residual, temos a impressão de que nos dois casos, a insulino-terapia teria agido exclusivamente como um método psicoterápico. Foi usado um processo que causou um choque orgânico muito acentuado e nada mais do que isso para produzir uma persuasão bastante grande. Ainda mais, no primeiro caso, o paciente após 20 dias do primeiro tratamento, teve uma recidiva. Ora, não fosse o tratamento de choque, e sim um outro tratamento de fundo, pensamos que essa recidiva não deveria ocorrer tão precocemente. Não se pode ainda falar neste caso de uma ação curativa, pois o prazo de observação é ainda pequeno.

No segundo caso, de um indivíduo doente há menos tempo, muito sugestional, talvez o método de Sakel, tenha dado um melhor resultado.

Não queremos com estes comentários diminuir o valor do trabalho apresentado. De fato, o método de Sakel, é uma nova arma para o combate a esses distúrbios. Ainda, embora os AA. não tivessem entrado na explicação do efeito terapêutico do método nesses casos, não sabemos se nos precipitamos na interpretação, mas cremos que ela é a única cabível. Em todo o caso, o tempo dirá do resultado real dessas observações.

Dr. Joy Arruda: Sinto-me bastante honrado pelos comentários que acabo de ouvir, pelo que agradeço a todos os colegas, que me tributaram esta gentileza. Ao dr. Bastos, agradeço a colaboração e elogios. Ao dr. D'Alambert, que falou sobre a possível inter-relação entre a sub-alimentação e a sub-alimentação hipofisária, achamos que é sua hipótese bastante justa. Quanto à aplicação das pequenas doses de insulina, no nosso primeiro caso, foi feito primeiro 5, depois 10, 15, 20 e 24 unidades, tendo com esta última uma crise convulsiva. Voltamos depois a aplicar doses menores de modo que o tratamento com pequenas doses de insulina foi feito durante longo tempo. Ao dr.

Lentino, agradeço as suas palavras. Quanto ao emprêgo da psicanálise, de fato ela não foi aplicada e não a recomendamos porque o doente nos chegou em estado caquético, impossibilitado completamente este tratamento. Sobre a questão do diagnóstico de neurose gástrica, levantada pelos drs. Pinto César e Tancredi, eu tenho a impressão de que o título de neurose gástrica vem salientar os distúrbios atuais do quadro clínico. Trata-se de manifestações dispepticas, e portanto de distúrbios funcionais localizados no estômago e repercutindo no resto do organismo, o que se realiza por todas as vias possíveis, sistema nervoso, plexos nervosos, via humoral, etc., formando com as outras manifestações o quadro clínico no seu todo. O que caracteriza na verdade a neurose gástrica, é justamente essa relação entre a perturbação funcional do órgão em questão e o restante do organismo. Não se justificaria nestes casos uma afecção de modo seletivo e isolado do sistema nervoso do estômago, e assim sendo o nosso diagnóstico viria salientar os sintomas predominantes do quadro clínico do paciente.

Acho entretanto perfeitamente justificada a colaboração dos ilustres colegas, e agradeço os seus comentários. Quanto ao modo de ação do medicamento, não quíz entrar nesta questão, porque é um assunto delicadíssimo e até hoje não se sabe bem como age a insulina. Friedmann, tem um capítulo sobre a insulina, achando que a sua ação é possivelmente protetora, pois quando o indivíduo entra em coma ele permanece em um estado, podemos dizer, de narcose, durante o qual não existem processos psíquicos e quando volta novamente à realidade ele como que desperta de novo para a vida pronto a encarár os problemas com novos impulsos. Os métodos psicoterapêuticos aqui são associados à insulino-terapia e isto é de grande valor; os outros, anteriormente aplicados não surtiram o efeito como o atual. No nosso primeiro caso, não houve cura, mas houve uma remissão pelo menos passageira, o que até en-

tão processo nenhum conseguiu. No nosso segundo caso, também não se pode falar em cura, mas há uma remissão duradoura. A nossa intenção, é chamar a atenção para o emprego deste método na neurose gástrica de modo que o achi do digno de ser relatado aqui. Eram estas as palavras que desejava pronunciar como um agradecimento aos colegas presentes.

Os efeitos da hiperinsolação entre os doentes mentais hospitalizados — DRS. EDGARD PINO CÉSAR e JOSÉ P. G. D'ALAMBERT — Os AA., estudando o considerável aumento do obituario no Hospital Central de Juqueri, durante o ano de 1940, verificaram que ele foi determinado principalmente por distúrbios do aparelho digestivo.

De acordo com as suas observações esses distúrbios eram principalmente de enterocolites inespecíficas, havendo também um apreciável número de casos de disenteria amebiana.

As suspeitas iniciais sobre as possíveis causas desse considerável aumento de moléstias do aparelho digestivo recaíram sobre os fatores "alimentação e água potável". Verificaram entretanto os AA. que, embora a ração alimentar fornecida aos doentes fosse um pouco defeituosa, e que a água potável fornecida não fosse de rigorosa pureza, esses fatores só poderiam exercer influência bem pequena, pois os empregados do hospital que estavam sob idêntico regime, não acusavam os mesmos fenômenos que só "atingiam os doentes internados" mormente os do sexo feminino, sendo bem menor a incidência entre os doentes do sexo masculino.

As suas suspeitas recaíram também sobre o fator "superlotação". Entretanto, na Divisão Masculina do Hospital, justamente onde maior era a superlotação, o obituario e as intercorrências eram "muito menores" que na Divisão Feminina. Concluíram portanto, que o fator superlotação não acarretava diretamente o anormal estado de cousas.

Além dos distúrbios digestivos, houve sensível aumento, tanto no

obituario como nas intercorrências, de moléstias pulmonares, mormente de tuberculose.

Surgiram também numerosos casos de doentes com lesões pelagrosas que incidiam, principalmente, nos que acusavam distúrbios enterocolíticos, com grave desnutrição. Muitos doentes com lesões pelagrosas se apresentavam fortemente tismados pelo sol, fato este que foi verificado depois de estar ocorrendo com a maior parte das doentes da Divisão Feminina do Hospital e não entre os da Divisão Masculina cujos pátes de estar eram sombreados por arvoredos, ao passo que os da Divisão Feminina se apresentavam desnudos e batidos rijamente pelo sol.

Suspeitaram então que o fator "hiperinsolação" estivesse determinando o grave anormal estado de cousas. Realmente puderam os AA. depois comprovar que era este o principal fator em causa, pois, com sua simples supressão, a situação voltou rapidamente à normalidade, caindo verticalmente o obituario e a incidência de intercorrência, principalmente as intestinais e pulmonares, justamente na Divisão Feminina onde a situação era antes mais grave nesse particular.

Confirmada a hipótese de ser a "hiperinsolação" o fator que determinou tão grave situação para este Hospital, passam os AA. a estudar os malefícios que os raios solares determinaram nos organismos dos doentes, e que podem ser assim resumidos:

a) Forte pigmentação cutânea, acarretando um quadro semelhante ao da moléstia de Addison, por ação direta dos raios solares sobre a pele.

b) Graves quadros de decadência física que podiam ser atribuídos à ação exagerada dos raios térmicos e químicos sobre o organismo, fato este que determinou o conhecido fenômeno da transmineralização, acompanhando-se de um estado de lipidose generalizada, mormente quando agem sobre indivíduos previamente desnutridos que são a eles particularmente sensíveis.

c) A ação conjunta dos elementos irradiantes, determinando um grave quadro de desnutrição, favorecia a gênese de um estado anérgico, permitindo a expansão da ação patogênica de germes que antes eram mantidos inativos pelas defesas do organismo.

d) Pela evidente ação reativa focal dos raios solares, muitos doentes, portadores de baciloses tórpidas, tiveram seu mal grandemente agravado.

e) A ação dos raios solares determinando grave desnutrição e reativando processos mórbidos latentes, concorria para determinar estados hipovitaminóticos, entre os quais se deve destacar particularmente o quadro da "pelagra".

f) A fotosensibilidade característica da pelagra, favorecia o desencadeamento das lesões cutâneas nos doentes expostos à "hiperinsolação", agravando ao mesmo tempo os distúrbios gerais do organismo.

"Crêem os AA. que todos esses fatos são claramente demonstrativos da importância da (hiperinsolação) como fator morbígeno" e dos efeitos traiçoeiros e devastadores que ela pode produzir numa coletividade recolhida a recintos desabrigados, mormente doentes mentais que não sabem se defender espontaneamente de seus danosos efeitos.

Comentários: Dr. Otávio Lemmi: Ouvi com o maior interesse as palavras precisas e claras do dr. Pinto César, e quero deixar aqui as minhas felicitações aos AA. de tão extraordinário trabalho. Justamente pelo interesse que o trabalho me causou, é que eu desejo do dr. Pinto César algumas informações a título de esclarecimento. Desejo saber, em primeiro lugar, se as condições de proteção solar na seção feminina antes de 1940 eram as mesmas ou inferiores às que havia naquela seção na época em que foi realizado o trabalho. Além disso, porque o índice de mortalidade aumentou nos meses de frio, quando tudo indica que nesta época, devia ser menor a insolação? Qual a causa o aumento da mortalidade

em 1940? Seria o maior afluxo de doentes que se achavam em cadeias, porões, etc., e portanto menos afeitos ao sol? Desejava que o dr. Pinto César me respondesse a estas perguntas.

Dr. Orestes Barini: Peço licença para discutir uma das informações feitas no caso. Embora fosse demonstrado que a quantidade de alimentação era boa, resta ainda a possibilidade de ser a alimentação mal confeccionada, exercendo assim uma irritação constante, que pode ser causa dos sintomas apresentados pelos doentes, e portanto um fator de grande importância a ser computado no registro de mortalidade. A má confecção dos alimentos, pode dar como resultado, uma dificuldade de absorção das vitaminas, das proteínas e das gorduras, e em minha opinião, estes fatores devem ser levados em consideração no caso, e em muito maior consideração do que o fator solar.

Dr. João Batista dos Reis: Ouvimos todos com muita atenção a magnífica comunicação dos drs. Pinto César e D'Alambert. O trabalho apresentado assume uma forma de verdadeira investigação científica. Realmente, foram aí empregados muitos meses, e muitos estudos foram feitos, antes de ser trazida para cá a presente comunicação. O relato foi muito bem feito, e disso tudo se depreende o trabalho e esmero com que foi apresentado e executado esta investigação no domínio hospitalar.

Apenas, como homem de laboratório, e acompanhando de perto o surto disentérico que foi verificado no Hospital de Juqueri, afirmo que em alguns períodos em que tivemos ocasião de assumir a direção absoluta do laboratório, notamos então a grande frequência dos pedidos de exame de fezes. Estas fezes eram sempre de aspecto muco-sanguinolento, mas nelas não havia com frequência elementos bacterianos patogênicos. Observamos também a relativa raridade de disenterias por amebas e outros protozoários. A pesquisa bacteriológica revelava que eram muito raros os casos de disenteria bacilar indubitável. Frequentemente o que se en-



*Homenagem do Instituto Dinheiros
ao*

Professor Besredka

*conhecido universalmente como o criador da
imunização pela via digestiva pelos "antivírus"*

"ALEXANDRE BESREDKA — NASCIDO EM ODESSA, EM 29 DE MARÇO DE 1870, NATURALIZOU-SE FRANCÊS EM 1910, PORQUE ENCONTROU NA FRANÇA O MEIO QUE MELHOR LHE CONVINHA AO DESENVOLVIMENTO DOS SEUS RAROS DONS DE EXPERIMENTADOR E UMA LIBERDADE DE PENSAMENTO SEM A QUAL A VIDA LHE TERIA PARECIDO INTOLERÁVEL. FALECEU EM PARIS, EM 28 DE FEVEREIRO DE 1940". BOL. INT. PASTEUR, — ABRIL — 1940.



INSTITUTO PINHEIROS

RUA TEODORO SAMPAIO N° 1860

(Esquina de Fradique Coutinho)

CAIXA POSTAL 951 - SÃO PAULO

BACTERIOLOGIA
IMUNOLOGIA • QUÍMICA
SERVIÇO ANTIRRÁDICO

Direção dos Drs. EDUARDO VAZ e MARIO PEREIRA

END. TELEGR. "LUZITA" Telefones. 8-2121

8-2122

Buco-VACINA POLIDISENTÉRICA

PARA ADULTO E PARA CRIANÇA

Vacina POLIVALENTE CONSTITUIDA POR
SUBSTÂNCIAS IMUNIZANTES ORIUNDAS DA LISE DE BACILOS
DISENTÉRICOS E DISENTERIGÊNICOS.

TRATAMENTO INICIAL DA
SÍNDROME DISENTÉRICA, ENQUANTO SE
ESPERA PELO RESULTADO DO EXAME DE
LABORATÓRIO, OU QUANDO NÃO SE TEM
ESSE RECURSO.

Não há reações, nem contra-indicações.

contrava, era uma flora intestinal normal ou bacterias sobre cuja patogenicidade ainda existem dúvidas, consideradas como patogênicas por alguns autores, mas não por outros. Assim a maioria das fezes que vinham para exame não revelava nenhum agente etiológico que explicasse o síndrome intestinal dos pacientes. Estas minhas afirmações são apenas um complemento ao que já foi afirmado pelos AA.

Um outro ponto que queremos referir é a questão do gráfico que aqui foi apresentado. Quer me parecer que o primeiro gráfico projetado, que representa a mortalidade total no Hospital, é expresso em números absolutos. Se os números foram expressos em valor absoluto, a mortalidade representada naquele quadro dá uma imagem falsa por demais alarmante, principalmente se lembrarmos que de 37 para 40 a população do Hospital dobrou.

Por último, exprimindo o pensamento da mesa, queremos felicitar os AA. pelo brilho com que fizeram a sua investigação e também pelo modo bastante interessante com que foi apresentada a comunicação.

Dr. Sebastião Machado: Tenho a impressão de que o fator solar teve grande importância, mas creio que se deve considerar também o fator doente. O fato se evidenciou, quando aumentou de um momento para outro o número de doentes que entraram no Hospital, vindo de prisões, etc., e eram doentes quasi todos em mau estado geral, muitos quasi caquéticos. Assim, o fator doente me parece ter grande importância no caso, pois em anos anteriores, o fator insolação sempre existiu e não se verificava uma tão alarmante mortalidade como aconteceu em 1940. De modo que, não descrendo em absoluto do fator sol, quero considerar como de muita importância o fator doente.

Dr. Paulo Lentino: Fazendo nossas as palavras do dr. Reis, no sentido de se considerar o trabalho como uma investigação conduzida com rigor científico no terreno hospitalar, queremos fazer algumas considerações ligeiras em relação a

alguns comentários, considerando como nosso o ponto de vista dos AA. do trabalho. Na questão da alimentação, parece que houve uma modificação na confecção dos alimentos, mas acho que esta modificação não tenha sido de molde a trazer um aumento do obituário. Também o fato de a mortalidade não se ter dado na mesma proporção do lado masculino e feminino, elimina desde logo esta hipótese. Também na questão levantada pelo dr. Sebastião Machado, o mesmo fato elimina também esta hipótese, porque os doentes vindos das prisões eram tanto do sexo masculino como do sexo feminino. Também do lado dos homens havia mais arborização, de modo que nas colônias, onde eles levavam uma vida próxima da vida de campo, a mortalidade não foi grande, como aconteceu no pavilhão central. Além de tudo temos que considerar os resultados obtidos com a construção de abrigos que fez baixar de muito o obituário, de uma maneira manifesta e evidente, o que confirma plenamente o quanto têm razão os drs. Pinto Cesar e D'Alambert.

Dr. Francisco Tancredi: As nossas palavras são simplesmente de elogio caloroso aos AA. do presente trabalho. Acompanhamos com grande interesse o seu estudo e conhecemos algumas partes do mesmo. Confesso que desde as primeiras partes já tive entusiasmo bastante grande por esta investigação. Este entusiasmo se completou agora ao ouvir o trabalho, que vem acompanhado de um rigorismo científico absoluto.

Estou absolutamente de acordo em aceitar as conclusões dos AA. e vejo que todos os elementos aventados foram estudados com o máximo carinho e afastados todos os fatores contrários.

Dr. Carlos Gama: Antes de dar as palavras aos AA. para responder aos comentários que acabamos de ouvir, desejamos reforçar a opinião da mesa, manifestando mais uma vez a profunda impressão que nos causou o trabalho, tanto pelo seu fundo científico como experimental. O número elevado de casos e o rigor científico estabelecem uma

norma de conduta que merece fé, o que vem afirmar o conceito de todos os que trabalham no Hospital de Juqueri, e também o dos doentes. Não pretendíamos mencionar um comentário a respeito do trabalho, pois isto nos afasta de nossa alçada. Entretanto, pedimos permissão para dar a opinião do dr. Jorge de Lima, professor de dermatologia de Recife, que detem vários prêmios da Academia Nacional de Medicina e que se dedica atualmente, a estudos particularizados sobre a pelagra,*o escorbuto, as blefarites, as ceratites, e enfim, de todas estas doenças que são encontradas entre nós com grande frequência e gravidade. Desejo referir a opinião deste professor, porque ela se coaduna neste momento com a observação que foi feita pelos Drs. Pinto César e D'Alambert, e porque ela vem encarar o problema do ponto de vista experimental e terapêutico. O professor Jorge de Lima estudou casos de pelagra verdadeiramente típicos, analisando sua incidência em indivíduos não só vivendo em vida livre como sempre o fizeram, como em indivíduos em condições experimentais de alimentação. Submeteu estes indivíduos a tipos diferentes de alimentação e tratamento, aplicando, em alguns casos, doses enormes de vitamina B1 e fazendo-os submeter à insolação, enquanto que de outros retirava a vitamina da alimentação e fazia-os irradiar da mesma maneira, conservando o restante do regime alimentar igual aos do primeiro grupo. Chegou depois destes estudos a conclusões, de que a reunião dos 3 fatores, sol, vitamina, alimentação é importante. Lembro assim aos AA. a fazer uma observação neste sentido com o rico material que possuem. Submeteriam um grupo de indivíduos à ação solar, dando-lhes vitamina, e em outro grupo subtrair-se-ia a ação solar e deixar-se-ia a vitamina.

No que se refere às ceratites, blefarites, etc. temos pequena experiência: estes casos têm sido tratados com sucesso pela riboflavina. Temos casos de ceratites essenciais, em casos de ariboflavinose, casos

em que mesmo a olho nú se pode observar a proliferação da rede vascular peri-cerática que desaparece no fim de 48 horas com o tratamento com a riboflavina. Presupondo que nos pacientes de Juqueri se encontram os distúrbios glandulares e as ceratites sugerimos ainda essa experiência terapêutica.

Dr. Pinto César: Sinto-me honrado com esta manifestação amiga e elogiosa de contribuição dos colegas para este trabalho que reputamos de importância da ação malfazeja do sol, que consideramos desprezada em um meio como o nosso hiperinsolarado. Assim, agradeço em meu nome e no do meu colaborador, dr. D'Alambert.

Ao dr. Lemmi, a sua pergunta é muito séria para se responder, porque implica em circunstâncias de ordem interna do Hospital. E' preciso que se diga que as doentes do sexo feminino de Juqueri, sempre tiveram o mesmo abrigo que hoje têm. Mas por circunstâncias particulares, (e disto resultou um grande bem) houve um afluxo muito grande de novos doentes no Hospital Central de Juqueri, resultando daí uma lotação excessiva. Isto já foi corrigido em parte, mas naquela época estávamos muito longe de supor que a hiperinsolação viesse a dar tão graves complicações. O fenômeno que hoje compreendemos, dos perigos da hiperinsolação, já existia de há muito, e só não se manifestava intensamente, porque até então os abrigos eram relativamente suficientes para proteger os doentes do sol. Em 1929 quando eu era médico interno de Juqueri e tinha de tratar das intercorrências dos doentes, causou-me surpresa o grande número de casos de enterocolites para as quais não havia causa aparente. Cheguei a pedir auxílio técnico do Instituto Pinheiros, que mandou para lá um técnico, para preparar vacinas. Tais perturbações são consideradas como "diarréia dos alienados". O regime de hiperinsolação como ficou demonstrado foi entre nós o grande responsável por estes processos de enterocolite. Se a mortalidade pelos efeitos da hiperinsolação, foi gran-

de, foi também na mesma época que se verificou o maior número de altas, o que diz da eficiência do tratamento e dos cuidados médicos. A situação naquela época era verdadeiramente angustiosa; os abrigos eram grandes mas não suficientes para uma duplicação da população hospitalar. Acresce ainda o fato de que naquela época não supunhamos tão grande a influência perniciosa da hiperinsolação.

Quanto aos meses de maior obituário é preciso que se leve em consideração outros fatores. As grandes flutuações entre o frio das noites de inverno e a ação intensa do sol dos dias claros dessa época do nosso meio opera-se um fenômeno semelhante ao da tinalização. Sabemos que todas as grandes flutuações térmicas são desfavoráveis à vida humana.

Ao dr. Barini agradeço as suas referências ao nosso trabalho. Insistiu ele sobre o problema alimentar. Nós fizemos um estudo da ração alimentar com todo o cuidado e verificamos que os únicos fatores que estão deficientes, são: açúcar, carne, feijão e arroz, isto em relação à alimentação da população da classe operária de São Paulo. De maneira que chegamos à conclusão de que o nosso regime alimentar é mais do que suficiente para atender às necessidades de indivíduos que, em sua maioria, não executam nenhuma tarefa. Quanto às vitaminas, a ração foi satisfatória, inclusive do fator pp: havia apenas pequenas deficiências de algumas vitaminas. Falta apenas analisar o fator preparo dos alimentos. Deve-se reconhecer, que em um hospital de 3 600 leitos, com uma população entre enfermos e empregados, de cerca de mais de 4.300 pessoas, não é possível que se faça uma alimentação saborosa. Mas nós, que observamos os doentes depois de lhes ter dado abrigo, que os defendessem da hiperinsolação, vemos que eles têm hoje um aspecto geral ótimo, sem nenhuma mudança na alimentação. Embora o fator ali-

mentação não possa ser despresado "in totum", não foi ele o responsável por este estado de cousas.

O dr. Reis analisou os dados de laboratório. Realmente, foi confirmado que na maioria dos exames feitos não se encontrava nenhum agente que, diretamente, pudesse ser incriminado como determinador das enterocolites. Quanto aos dados do obituário, o primeiro gráfico, é de valores absolutos e não relativos. O obituário da secção feminina, foi de 20% em 1940 e nos anos anteriores não tinha ultrapassado 8%.

O dr. Sebastião Machado falou em predisposição dos doentes. De fato, os doentes que estavam em cárceres, ou presos em quartos, devem sofrer mais as condições de hiperinsolação do que os outros já acostumados à ação dos raios solares.

Ao dr. Lentino, agradeço os comentários. Ele fala com conhecimento de causa, pois teve ocasião de observar o maravilhoso efeito das providências tomadas para subtrair os doentes da ação da hiperinsolação.

Aos Drs. Tancredi e Carlos Gama, agradeço as suas bondosas expressões em meu nome e no do meu companheiro de trabalho. Quanto à questão das vitaminas, no capítulo dedicado ao estudo da pelagra, citamos trabalhos feitos em Recife, onde uma belíssima escola médica floresce e de onde têm saído valiosas observações, sobre a pelagra. Quanto à terapêutica destes casos a própria experiência vem demonstrar que os animais submetidos à ração vitamínica adequada, suportam muito mais a ação do sol, do que os hipovitaminados. Quanto às queratites, realmente são encontradas entre nós, mas trata-se em geral de casos sem gravidade especial que logo tende, a desaparecer com um tratamento adequado. Não temos procurado investigar esta questão mas a reputamos muito interessante, merecendo ser estudada com maiores detalhes.

PHILERGON - FORTIFICA DE FATO

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 26 DE MAIO

Presidente: DR. JOSÉ MARIA DE FREITAS

Ferimentos penetrantes do abdomen — PROF. DR. BENEDITO MONTENEGRO — O A. inicia a sua palestra, com uma exposição geral da topografia abdominal, lembrando de modo particular, a posição das diversas vísceras abdominais e a direção e posição dos vasos. A seguir passa a tecer considerações em torno dos principais agentes vulnerantes, que em períodos de guerra, podem provocar ferimentos abdominais, considerando principalmente, os estilhaços de bombas, os fragmentos de vidro que na guerra moderna, em virtude dos bombardeios em massa das cidades, são uma das mais frequentes causas de ferimentos abdominais, os estrepes de madeira, terra, pedras, projéteis de armas de fogo, e finalmente os ferimentos a arma branca.

Passa a seguir a tratar da classificação dos ferimentos provocados por estes vários agentes, dividindo-os de um modo geral em penetrantes e não penetrantes. Entre os penetrantes, considera os que se produzem sem lesão visceral, que são pouco graves e os que se produzem com lesão visceral, de gravidade extrema, gravidade esta que varia, conforme o ferimento atinja uma víscera maciça ou uma víscera cavitária. Quanto aos ferimentos não penetrantes, podemos considerar os que se produzem sem hemorragia, com hemorragia, com infecção e sem infecção.

De grande importância neste estudo, é a questão da direção que podem tomar estes ferimentos penetrantes, direção esta que pode ser antero-posterior, latero-lateral oblíqua e finalmente vertical que são os ferimentos mais graves e justamente os mais frequentes na guerra moderna, devido aos ataques por aviões que do alto metralham as tropas e as caravanas nas estradas.

Além do ferimento em si, vários outros fatores, contribuem para a

sua agravação. Entre estes, temos como as mais importantes a idade, o sexo e as condições gerais do paciente. É interessante considerar na guerra moderna os ferimentos bastante comuns em mulheres em estado de gravidez e parturição, devido aos ataques de cidades abertas. As publicações que nos têm chegado de Londres, relatam inúmeros casos de pacientes neste estado que tiveram, em virtude dos ferimentos e mesmo dos abalos recebidos, ruptura do útero. Há mesmo casos tristíssimos, em que o cirurgião é obrigado a realizar o trabalho do parto sob intenso bombardeio aéreo, e nestas condições, muitas vezes ele é obrigado a resolver questões que interessam sumamente à ética médica. Há mesmo um caso citado por uma revista inglesa, em que o cirurgião, em virtude de estar a parturiente em estado moribundo e a criança prestes a nascer não ter ninguém no mundo que tomasse conta dela, deixar de realizar o parto, deixando que mãe e filho morressem. No momento, sofria Londres um terrível bombardeio aéreo, do qual talvez nem mesmo o próprio cirurgião saísse com vida e além de tudo a criança prestes a nascer, iria representar, no momento, mais um peso morto para a nação já tão atribulada. A atitude do cirurgião inglês, foi pois a que coube no caso.

Passando a considerar os órgãos que podem ser lesados, teceu o A. comentários em torno da multiplicidade das lesões, considerando a combinação das lesões com hemorragias e a combinação de lesões abdominais com outras lesões.

Quanto a sintomatologia, ela é característica para cada caso, e não do ferimento em si. De uma maneira geral, os ferimentos não penetrantes, são pelo menos imediatamente menos graves que os ferimentos penetrantes. Entre os ferimentos penetrantes, devemos

considerar a diferente sintomatologia dos ferimentos que se realizam sem lesão visceral e os que se realizam com lesão visceral que geralmente produzem choque, agravado ainda mais o estado do ferido.

A evolução de todos estes ferimentos é variável. Eles podem evoluir para uma cura rápida, ou então podem ter uma cura lenta, como é o caso daqueles que apresentam perfurações tardias, supurações e fistulas. A evolução dos ferimentos abdominais, pode ser ainda prejudicada por uma peritonite.

Os ferimentos abdominais devem receber dois tratamentos bem distintos: um de ordem geral, que consiste no tratamento do estado de choque e da hemorragia. A seguir, vem o tratamento das lesões. Finalmente podemos considerar ainda o tratamento das complicações destes ferimentos abdominais. Estas complicações podem ser imediatas, como é o caso da peritonite e tardias, como por exemplo a formação de aderências.

Como último capítulo de sua palestra, o A. tratou das sequelas, dos ferimentos abdominais. Estas podem ser constituídas por eventração, que é bastante frequente na cirurgia de guerra e nas formações de aderências, que podem provocar estrangulamentos das alças intestinais.

Qual a conduta do cirurgião diante de vários casos de ferimentos diversos, em tempo de guerra? As notícias que nos chegam da Europa, principalmente as de fonte inglesa, indicam que a orientação geral observada em campanha, é atender primeiro aos feridos, menos graves, como os feridos nos membros, etc., deixando os feridos abdominais para quando houver mais oportunidade. A esta conduta são levados os cirurgiões militares, por dois motivos: primeiro, o interesse da pátria está em jogo, antes do interesse individual de cada um. Assim sendo, um soldado com um leve ferimento, deve ser o primeiro a ser tratado, para poder voltar logo para a linha de frente. Em segundo lugar, os feridos abdominais, quasi sempre ficam inutili-

zados, não podendo mais voltar ao combate. Mesmo que não succedesse isto, os seus ferimentos levam muito tempo para curar e além de tudo a sua cura é mais ou menos problemática, e como a probabilidade de morte é maior, o cirurgião pode ter o seu trabalho completamente perdido, quando a ocasião exige que o aproveitamento de tempo seja o máximo. Assim, a conduta médica na guerra é mais uma conduta de oportunidade do que propriamente a conduta médica ideal.

Comentários: Dr. Carmo D'Andréa: Naturalmente a brilhante conferência do prof. Montenegro, me faz tomar a palavra para apresentar-lhe felicitações, porque a sua palavra é sempre ouvida com toda a atenção, não só pelos ensinamentos que nos proporcionam, como ainda pela eloquência com que é proferida.

Com referência a uma citação, feita pelo prof. Montenegro a respeito de um autor inglês, que referiu que nos hospitais de Londres, por ocasião dos bombardeios aéreos, houve casos em que se abandonou o feto a termo, dentro do útero materno, em mãe moribunda ou recém-falecida, por se julgar que a criança, ao nascer, não teria amparo, acrescentando a circunstância de que todos os membros da família haviam sucumbido, a meu ver, a questão é bastante delicada; duas questões de grande importância aí surgem e se entrelaçam: a questão religiosa e a questão médica, o princípio hipocrático. Disse que se entrelaçam, pois, como religioso que sou, não sei, pela importância que apresentam, como separá-las. Este fato, é pois uma questão de consciência médico-religiosa que precisa ser levada em certa consideração.

Quanto à parte final da conferência do prof. Montenegro, forçado, eu posso compreender que, em ocasiões de guerra, devem ser atendidos primeiro os soldados menos feridos, pois há nisso um interesse militar. Mas o fato de se fazer uma criança morrer dentro do útero materno, quando se po-

deria salvá-la, só porque se supõe que ela, ao nascer, não possa ter suficiente amparo, devido às consequências da situação, acho que é uma questão por demais impressionante e com a qual não posso e penso mesmo, não podemos concordar.

Dr. Antônio Prudente: Depois da exposição do prof. Montenegro, que, de uma maneira brilhante se desincumbiu de sua tarefa, quero traçar alguns comentários em torno desta importante questão. A minha experiência, a respeito se resume à campanha da revolução paulista de 1932, quando trabalhei como cirurgião na linha de frente. Tive então ocasião de observar, que os feridos, até que chegassem ao hospital, tinham que passar por inúmeros tropeços. O primeiro problema era o transporte. O doente ferido no abdome, tinha naturalmente que ser transportado, mas como transportá-lo? Muitas vezes, o doente está ferido por estilhaço de granada e necessita de ser transportado urgentemente em virtude do estado de choque em que muitas vezes eles ficam. Mas aqui temos que enfrentar, repetimos, o grande problema do transporte.

Outra questão é conhecer o valor dos séros tanto do anti-tetânico, como do anti-gangrenoso. Até que ponto se pode confiar neles?

Outros casos interessantes e que dão o que pensar, acontecem frequentemente em cirurgia de guerra. Na revolução tive ocasião de verificar um destes casos. Tratava-se de um ferido com evisceração. Naquela ocasião e no local em que o encontrei, os recursos para uma maior intervenção eram poucos, de modo que a única coisa que se pôde fazer, foi uma limpeza com soro das suas visceras, redução e fixação com ataduras, "embrulhando" por assim dizer o melhor possível o paciente, e remetendo-o a um hospital da retaguarda, onde o ferido chegou, só 18 horas depois. Apesar-disso tudo e ainda deste ferido apresentar ferimentos no reto e secção da uretra, ele não faleceu.

O cirurgião de hoje, mesmo na linha de frente deve ter um arsenal

cirúrgico eficiente. Muitas vezes ele tem que resolver grandes problemas de cirurgia na propria linha de frente. Por ocasião da revolução de 1932, tive ocasião de fazer uma sutura de orelha na propria trincheira, pois havia um fragmento quasi totalmente desgarrado, que se perderia certamente caso fosse preciso esperar algumas horas.

Portanto, creio que estas questões todas, devem ser estudadas e resolvidas com carinho, principalmente para os médicos moços, que muito provavelmente (intelizmente) terão que pôr em prática estes ensinamentos.

Prof. Bernardes de Oliveira: De-sejo apenas comentar o aspecto ético, moral, que tem a Medicina em face dos feridos de guerra. Qual deve ser o critério a predominar diante de vários feridos de categorias de ferimentos diferentes? O critério médico e clássico de servir a vida mais ameaçada ou o critério pátrio de recuperar os feridos o mais prontamente para o serviço militar? O testemunho que eu posso trazer a esta casa, é o que, em seu livro, refere Jolly official-médico inglês, que esteve na guerra de Espanha e que afirma que o critério que prevaleceu durante toda a campanha, foi sempre o critério humanitário, o critério médico. Ele reconhece entretanto, que esta situação de fato é anti-econômica e mesmo anti-militar, pois, citando o exemplo de uma ofensiva realizada pelo exército espanhol, nos conta que, o total de ferimentos recebidos pelos soldados, 5% foram ferimentos abdominais, e estes 5% de feridos ocuparam, para tratá-los, 35% dos cirurgiões, e, por fim de contas, do total de feridos no abdome, 50% sucumbiram. Ora, nestes casos, o interesse militar, mandava que se abandonassem estes doentes. Entretanto, se assim não foi feito durante a guerra espanhola, é de se supor, que o mesmo esteja acontecendo no momento.

Mas, quer me parecer que se pode fazer uma conciliação a respeito desta situação. Os postos avançados deveriam ter todos os recursos para se poder atender a estes feridos

abdominais, uma vez que com os bombardeios aéreos não há vantagem nenhuma em se ter hospitais na retaguarda somente. Poder-se-ia resolver assim a situação, fazendo-se as intervenções abdominais dentro das primeiras 4 horas e pulverizando-se com usl famidas todos os outros ferimentos para mandá-los, em seguida, para os hospitais da retaguarda. Tive ocasião de apreciar a eficiência deste método em acidentados da Companhia Paulista. Poder-se-ia, assim, resolver a situação, dando a preferência ao tratamento cirúrgico dos casos de ferimentos abdominais, enquanto os outros casos seriam removidos após o tratamento sulfanilamidico, para a retaguarda.

Dr. Benjamin Rodrigues: Pediu a palavra, explicando que é médico militar e que os comentários e as dúvidas expostas pelos professores Antônio Prudente e Bernardes de Oliveira implicam em soluções de caráter estrito de organização militar em tempo de guerra, organização esta já estudada e prevista para o caso da entrada do nosso País em um conflito armado. Num caso destes — diz o comentarista — todos os presentes estariam vestindo a mesma farda e obedecendo aos mesmos princípios, trabalhando debaixo da mesma organização. Este plano já está estudado, prevendo mais ou menos todos os detalhes do tempo de guerra, de acordo com a experiência de outras guerras e da organização que tiveram os serviços de saúde dos países beligerantes. Agora mesmo trata-se de fundar e desenvolver um curso de Medicina Militar onde estes assuntos serão versados para conhecimentos de todos os médicos que por eles se interessarem.

No momento o professor Benedito Montenegro não poderia responder aos comentaristas porquanto as soluções previstas não estão no domínio público. Explicou o comentarista que a prática destas previsões iria dizer do seu acerto e que talvez muitas modificações precisassem ser introduzidas; em caso de beligerância todos os ilustres mestres da cirurgia irão colaborar com a direção do Serviço de Saúde

do Exército para a escolha dos melhores métodos de tratamento e das melhores soluções a serem adotadas.

Em resumo a nossa regulamentação de serviço de saúde em campanha prevê que os feridos da linha de frente sejam levados em padiola para o posto de socorro de batalhão ou de regimento, onde recebem sumarrissimo cuidado, sendo logo levados para o posto de socorro do grupo de padioleiros divisionário onde ainda o socorro é sumário, constando do preparo do ferido para o transporte em direção às ambulâncias, que são as primeiras formações capazes de um efetivo e completo tratamento dos feridos graves. A organização antigamente previa para uma divisão de infantaria, duas ambulâncias, uma médica e outra cirúrgica. Atualmente a nossa organização prevê unicamente uma ambulância, situada a uma conveniente distância da frente, de modo a ficar abrigada do tiro da artilharia e das flutuações das primeiras linhas, porém em condições de receber o ferido em tempo útil para qualquer intervenção com proveito, mais ou menos a 10 ou 20 quilômetros para a retaguarda, é dotada de equipes cirúrgicas capazes e de material completo, com esterilização suficiente para qualquer intervenção. E' nesta formação que vão parar os feridos de abdomen e onde poderão encontrar um socorro cirúrgico completo. Assim o comentarista responde a uma parte das dúvidas suscitadas pelos professores Prudente e Bernardes. Quanto à oportunidade de operar ou não operar os feridos de abdomen isto fica condicionado exclusivamente à situação tática do momento. Se a divisão está empreendida em uma ação ativa, de ataque ou de defensiva, o acúmulo de feridos nesta ambulância é grande. O ferido de abdomen como intransportável receberá aqui o seu tratamento completo, não podendo ser encaminhado aos hospitais da retaguarda. Os médicos da ambulância precisam fazer uma triagem cuidadosa do serviço a ser produzido de modo a não deixar sem so-

corro feridos leves que facilmente e em pouco tempo serão tratados e recuperados.

Uma operação de abdomen toma um grande tempo da equipe cirúrgica com um paciente que tem mais probabilidade de morrer do que de se salvar enquanto outros pacientes, que têm todas as possibilidades de uma recuperação rápida, podem ficar sem socorro efetivo. Isto evidentemente viria prejudicar o rendimento útil da formação militar. Uma destas ambulâncias pode receber em poucas horas de 30 a 50 feridos, durante uma ação. Em ocasião de calma na frente, ou quando em ocasião de atividade esta se moderou e os feridos em boas condições foram todos tratados então a ambulância tratará do ferido abdominal, proporcionando-lhe todos os cuidados que o seu estado exige.

Dr. Carlos de Paula Chaves: Solicito a palavra para responder algo sobre o hospital de evacuação primária, ou Hospital do Exército, cuja finalidade o distinto colega não estava bem ao par. Este hospital, centro de tratamento da zona de exército, tem capacidade para 1 000 leitos, sendo 300 fixos e 700 padiolas e em princípio, variará a sua localização, tendo em vista os meios de transportes, afim de que os feridos o atinjam dentro, si possível, das primeiras 10 horas após o ferimento.

Hodiernamente, tendo em vista a moto-mecanização, este hospital tem tendência a ser localizado em zona pouco acessível pelo inimigo, sabendo-se que é um órgão móvel, e que se for tomado pelo inimigo traz grandes prejuízos, quer em material, quer em pessoal.

Prof. Benedito Montenegro: De-sejo apenas responder o que foi comentado pelos colegas que me honraram com a sua consideração em torno do meu trabalho.

Ao dr. D'Andréa, devo dizer que como ele eu também respeito muito as crêças de cada um. Além do mais também sou religioso, e tenho a certeza de que um caso naquelas condições se me apresentasse na clínica civil, eu não trepidaria em praticar uma cesa-

riana, se preciso fosse, com o fim de salvar uma vida, que, se, no momento, seria um peso morto para a sociedade, no futuro, seria um cidadão prestante. Mas, é preciso considerar a situação em que se encontrava o cirurgião inglês Taylor no momento em que se deu o caso: uma mulher moribunda um bombardeio aéreo arrasador, não permitindo nem mesmo ao proprio cirurgião saber se elle sairia vivo de tal ataque, afinal, condições completamente diferentes das que se passam na clinica civil, e que por isso justificam uma conduta diferente.

Em relação aos comentários do dr. Prudente, o meu illustre colega do Exército, dr. Benjamin Rodrigues, já teve ocasião de responder com mais brilho do que eu o faria. Na minha palestra não visei naturalmente os meios de transporte dos feridos, porque este é o assunto que será tratado em uma das próximas reuniões desta Secção da Associação Paulista de Medicina. Posso adiantar apenas, que estamos orientados e ilustrados pelo brilhante colega, coronel Sampaio Viana, organizando um curso de medicina de guerra, cuja parte de cirurgia já foi discutida e organizada, tendo já sido escolhido os diversos relatores dos temas que serão tratados. O primeiro ponto desse programa corresponde justamente a esta organização médica de guerra, à formação das equipes cirúrgicas e a um levantamento estatístico do material de que se poderá dispôr e das nossas possibilidades manufatureiras do material médico-cirúrgico que nos possa faltar. Também será confeccionado um mapa, levantando o número de leitos disponíveis nos Hospitais civis, não somente da Capital como também do Interior.

Em relação ao que disse o prof. Bernardes de Oliveira, apenas tenho a dizer que o meu illustre colega apenas tem experiência com a traumatologia civil, mas não com a traumatologia de guerra. São cousas muito diferentes. Na traumatologia civil, se encontra de preferência os esmagamentos, mas na traumatologia de guerra, devemos

considerar ferimentos provocados por estilhaços de bombas, que muitas vezes levam consigo fragmentos de vidro, de madeira, de roupas, etc. Muitas vezes o ferimento na pele é muito pequeno, mas dentro do organismo, nos tecidos profundos, os estragos feitos pelos estilhaços são muito maiores. Tanto assim, que no início da guerra de 1914, estes ferimentos de estilhaços, que apresentavam uma pequena lesão externa, eram tratados com muita dispendiosidade, mas quando os cirurgiões se aperceberam de que eles apenas mascaravam lesões profundas gravíssimas, passaram a abrir largamente estes ferimentos, o que se fazia mesmo na frente de combate, nas ambulâncias, nos trens, e em qualquer outro meio de transporte. Desde então os resultados foram muito mais satisfatórios e a mortalidade descreveu de muito. Penso que esta prática é bastante diferente daquela que se apresenta na clínica civil. Não me parece que a insuflação de sulfamida nestes ferimentos de guerra, tenha alguma ação.

Prof. Bernardes de Oliveira: Com referência a resposta do prof. Montenegro, tendo a acrescentar que eu apenas disse que muitos dos ferimentos que eu tratei em minha clínica civil, foram tratados da mesma maneira que na guerra de Espanha. Apenas chamo a atenção para a analogia entre estes casos. O que não resta dúvida, entretanto, é que a sulfamida tem uma ação muito eficiente em todos estes casos. Além de tudo, a insuflação de sulfamida, não é necessariamente apenas superficial, mas pode ser aplicada profundamente, e mesmo quando necessária, pode ser aplicada sob pressão. Com o emprego nestes casos, do Sulfatiazol, que é muito menos tóxico e tem uma ação muito mais acentuada que as outras sulfamidas (cerca de 5 vezes mais), os resultados que se pode obter, são muito bons.

Tudo isto que relato, foi o que foi observado na guerra de Espanha.

Prof. José Maria de Freitas: Nota-se no momento, que os colegas

militares que nos honram com a sua presença, fizeram referências à parte exclusivamente técnica, militar do assunto, encarando a organização dos serviços de saúde em tempo de guerra. Mesmo desta parte a nossa Secção não se descuidou, quando organizou esta série de palestras, e tanto isto é verdade, que para o próximo mês de Junho, teremos entre nós como expositores, dois médicos militares que falarão sobre os problemas dos primeiros socorros e transportes de feridos em campanhas, e sobre a transfusão de sangue.

Gazes de guerra. Ação farmacológica — DR. CHARLES CORRET

— O A. referiu, preliminarmente, que o uso de compostos químicos utilizados na guerra não é recente; apenas os métodos foram aperfeiçoados e as substâncias são mais eficientes para os fins a que se destinam. A seguir, considerou a impropriedade dos termos vulgarmente utilizados "gazes sufocantes", sendo preferível chamá-los de "agressores químicos usados na guerra". Apresentou e defendeu as duas seguintes questões: a) a oportunidade de tal estudo no atual momento internacional; b) o interesse em recordar o que se sabe da guerra de 1914. No desenvolvimento da farmacologia desses agressores, seguiu sua classificação de acordo com a sintomatologia, que provocam, analisando com detalhe apenas os principais exemplos de cada grupo. No particular considerou as propriedades fundamentais, a sinonímia e algumas particularidades interessantes sobre o histórico do seu emprego na última grande guerra, e depois a fisiopatologia, os sintomas mais importantes que produzem e algumas noções sobre a orientação do tratamento em cada caso.

A sua exposição foi ilustrada com projeções.

Terminou citando novos produtos de que já se tem notícia e lembrou a importância de se divulgar a ação desta arma de guerra, colocando-se sob o ponto de vista de que é mais fácil prevenir do que remediar.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA, EM 11 DE MAIO

Presidente: DR. DOMINGOS O. RIBEIRO

O Arsenox no tratamento da sífilis — DR. JOSÉ DE ALCANTARA MADEIRA — O trabalho foi publicado na íntegra. Veja Rev. Paul. Med., vol. XXI. pág. 153, setembro de 1942.

Comentários: Dr. Celso M. Godoi: Como médico do serviço pré-natal da Faculdade de Medicina, tenho usado o Arsenox em lúes de gestantes, verificando as mesmas propriedades deste medicamento que o dr. Madeira verificou. Penso mesmo fazer um trabalho a respeito do Arsenox, no tratamento da lúes durante a gravidez.

Foi lembrando que o dr. Madeira ia falar na Secção de hoje, que resolvi vir assistí-la, para cumprimentar o dr. Madeira e expor a minha opinião sobre o Arsenox.

Dr. Domingos O. Ribeiro: Antes de, em nome da mesa, agradecer ao dr. Madeira a apresentação do seu trabalho, quero fazer algumas ligeiras considerações em torno do mesmo. De fato, a ação cicatrizante do Arsenox é muito rápida. Acompanhei também a ação do Arsenox em casos de leishmaniose, que deram entretanto resultados duvidosos, não permitindo uma conclusão definitiva a respeito de sua ação. Em apenas 3 casos de tratamento de sífilis pelo Arsenox que acompanhei, não tive a mesma impressão de tolerância que teve o dr. Madeira. Quer me parecer mesmo que ele não é assim tão bem tolerado como geralmente se supõe.

Observei naqueles casos, cefaléias intensas, dores, febre, etc. Quanto à negatificação do exame sanguíneo, em dois casos que tive ocasião de tratar, tendo feito tratamento num total de 12 injeções de 6 centigramas a reação de Wassermann, após este período, continuava ainda positiva. Outros colegas, do serviço de sífilis, tem a mesma opinião. Não resta dúvida, entretanto, que o seu efeito cicatrizante é bastante intenso, mas

a intolerância dos doentes a esse medicamento, parece que nos ficou bem patente e foi mesmo um dos motivos pelo qual suspendemos o seu uso na enfermaria.

Não quero, com estas palavras, contrariar o trabalho do dr. Madeira mas apenas expor a minha opinião a respeito. Pelo contrário, desejo que isto seja um incentivo para que o dr. Madeira prossiga em seu trabalho procurando investigar estes fatos.

Dr. José Alcântara Madeira: Agradeço aos colegas as suas palavras em torno do meu trabalho. Ao dr. Oliveira Ribeiro, tenho a acrescentar que vejo no Arsenox mais uma arma para ser aplicada no tratamento da sífilis daqueles doentes que não resistem ao Neosalvarsan. No nosso trabalho, tivemos ocasião de frisar que tivemos também alguns fenómenos nervosos e náuseas, durante o tratamento e particularmente queixa de dores durante a aplicação da injeção. Estas entretanto desapareceram, desde que passamos a usar a técnica de aplicação aconselhada pelo fabricante: injectar rapidamente e antes de injectar deixar a injeção em repouso durante uns 10 a 15 minutos, ao contrário do que se faz com o 914. Quanto à febre, tivemos-la em 3 ou 4 casos, mas nunca ultrapassou a temperatura de 37,5 e 38°.

Estudos bacteriológicos sobre pênfigo foliáceo — DR. BENEDICTUS MÁRIO MOURÃO — O A. apresentou o resultado de exames bacteriológicos realizados em 23 necrópsias e em 6 punções cardíacas post-mortais, em indivíduos falecidos com pênfigo foliáceo. A proporção de germes insulados, particularmente de estreptococos, conduz, em linhas gerais, com a nota anterior, já apresentada, sobre o mesmo assunto.

Apenas, há a acrescentar o isolamento de "Proteus vulgaris" do

sangue do coração e rim em um caso, o de "Proteus americanos", no sangue de coração, fígado e rim de outro; chama a atenção para este fato, porque o bacilo de Raddai, responsabilizados por este autor e sua escola, como agente patogênico do pênfigo, é uma variedade de "Proteus vulgaris".

Acha que o ponto crítico do trabalho é não serem as necrópsias efetuadas logo após a morte dos doentes, o que não pode fazer por motivos independentes de sua vontade.

Entretanto, em dois casos, foi possível realizar a verificação cada-avérica, cinco e meia e doze horas depois da morte.

No primeiro destes casos as semeaduras do sangue de coração derrame de pericárdio, fígado, rim e cérebro, não mostram crescimento bacteriano; somente no baço constatou a presença de estreptococos, que não foram isolados e que estavam associados ao colibacilo, e bacilus (esporulados); esse caso foi submetido à punção cardíaca, duas horas após a morte e as culturas permaneceram estéreis. No segundo caso, em que a necrópsia foi procedida doze horas depois do óbito, foram isolados estreptococos hemolíticos em cultura pura no sangue do coração baço e fígado. Procurou fazer punções cardíacas, logo após a morte dos doentes, afim de controlar as suas pesquisas e afastar as causas de erro devidas à demora das necrópsias, conseguindo realizá-las em cinco cadáveres. Uma punção, feita duas horas depois, já citada, deu resultado negativo.

As outras, feitas, três, quatro, nove e doze horas, em cadáveres diversos, mostraram a presença de estreptococos hemolíticos em cultura pura ou associados a estafilococos do tipo albis, Bacilus sp. e Esch. coli. Fez também hemoculturas de doentes em agonia para verificar se a invasão dos estreptococos se processava "ante-mortem". Nos 4 casos em que conseguiu colher sangue, incluído um caso de pênfigo agudo febril, as hemocultu-

ras praticadas num tempo de 3,5 e 48 horas e 5 dias antes do êxito letal, deram resultado negativo. Mostra a dificuldade de tais pesquisas, onde a colheita de sangue é quasi impossível. Diz que na presente comunicação, a exemplo das anteriores, não pretende discutir o papel do estreptococo na etiopatogenia de pênfigo foliáceo, deixando para um trabalho final e de conjunto, onde esse aspecto será encarado com minúcia. Apenas chamo a atenção para as verificações bacteriológicas tratadas na presente nota que fazem acreditar ser a disseminação estreptocócica post-mortem, processando-se logo nas primeiras horas depois da morte.

Além disso, cumpre frisar que, compulsando os relatórios anátomo-patológicos, não foi possível encontrar na maioria deles os achados que costumam caracterizar processos septicêmicos agudos ou crônicos.

Excetua-se provavelmente os casos em que as hemoculturas em série foram positivas para estreptococos hemolíticos, apresentando os doentes um quadro de verdadeira septicemia e que tais germens foram recuperados dos diversos órgãos, em necrópsias. Aliás, nesses casos, houve confirmação anátomo-patológica, apresentando os doentes alterações características dos processos septicêmicos (hiperplasia de células reticulares do fígado, formação pseudo-nodular, etc.). As hemoculturas eram positivas em período bem anterior à morte, como já teve a oportunidade de referir em outra nota.

Ainda a título de confirmação, efetuou as mesmas pesquisas em 12 cadáveres, cujo óbito foi devido a outras doenças, tanto em crianças como em adultos, de ambos os sexos. As necrópsias foram efetuadas, em períodos variados de tempo, depois da morte: nas primeiras 2 horas e até 7 dias depois, sendo os cadáveres conservados em geladeira. Somente em 2 necrópsias foram isolados estreptococos: num caso, cujo óbito se processava 24 horas antes, devido

a um sarcoma do baço com metástases generalizadas, isolou estreptococo hemolítico em cultura pura do fígado e cérebro e associado a "Bacillus sp." do sangue de coração e rim.

No caso em que a necrópsia foi feita 7 dias depois, sendo o anátomo-diagnóstico principal de tuberculose pulmonar bilateral, o tígado e o cérebro não mostraram crescimento bacteriano, havendo desenvolvimento de "Proteus vulgaris" no baço e de estreptococo hemolítico associado a "Bacillus sp." no sangue de coração e derrame peritonial.

A classificação sorológica, os caracteres bioquímicos e o estudo da virulência desses estreptococos estão sendo feitos comparativamente com os estreptococos isolados de casos de pênfigo foliáceo. Nas outras necrópsias o crescimento bacteriano foi nulo ou pouco intenso, em comparação com as necrópsias de casos de pênfigo foliáceo, mostrando ser a técnica utilizada razoável.

Comentários: Prof. Pupo: Se o estreptococo é observado com tal frequência, e é o responsável pela hipertermia que se observa no pênfigo, sugiro o emprego de uma terapêutica inócua, que seria o emprego do soro antistreptocócico.

Dr. Benedictus Mário Mourão: O soro anti-estreptocócico, já tem sido empregado, mas os doentes o toleram muito mal, tendo sido experimentada também a tiazamida, com os mesmos resultados.

Estamos esperando a sulfodiazina, que é a menos tóxica das sulfamidas. Estamos realizando, no momento, experiências a respeito do emprego do soro microbiano e soro antitóxico, além de provas, que estamos fazendo de intradermo-reação cutânea, para dosar o soro.

Também estamos fazendo séros padrões, para verificar se todos os estreptococos estão dentro de um único grupo antigênico. Também estamos tentando a elaboração de uma pomada anti-virus. Quanto à microprecipitação para se diagnosticar os estreptococos, teremos

também um provável test para diagnóstico do pênfigo. Quanto à questão das estreptocócias, tenho a impressão que existem duas doenças, o pênfigo e a estreptococcia. Quando a dermatose se generaliza, existe, sem dúvida, o estreptococo, principalmente quando a moléstia se apresenta em sua fase foliácea. Temos a impressão ainda, que destas 2 moléstias concomitantes (vamos chamá-las assim), a mais importante é a estreptococcia, porque produz a febre. Estamos orientando nossos estudos neste sentido e como a pista é interessante vamos prosseguir sempre em busca de um resultado. Acredito que, se conseguirmos debelar a estreptococcia no pênfigo, teremos resolvido 50% do problema.

Dr. Artom: As pesquisas do dr. Mourão são de grande interesse. Lembro-me de um trabalho de certos autores estrangeiros que observaram um fenômeno quasi idêntico ao observado pelo dr. Mourão.

Pensaram eles que isso fosse devido a uma defesa do organismo quente contra o strepto. Para demonstrar este fato, fizeram algumas injeções de sangue de meninos com a doença de Ritter em animais de sangue frio (peixes).

Dr. Mourão: Também já fizemos experiências com animais de sangue frio (peixes) para controle dos nossos exames, para verificar a influência da temperatura e também porque os nossos cadáveres são enviados ao frigorífico. Desejávamos assim demonstrar que não havia nisso uma causa de erro de nossas experiências.

Forma clínica rara (tuberculóide) de blastomicose cutânea —

DR. DOMINGOS DE OLIVEIRA RIBEIRO — O A. apresenta um caso em paciente que fazia tratamento de blastomicose e que era portador de placas pápulo liquenianas arredondadas ou ovulares de tamanho variável com séde sobretudo no tórax e nos membros superiores. As pápulas que constituíam estas placas de localização folicular, coloração róseo, achatadas, poligonais ou arredondadas, eram pequenas orçando as maiores pelas

dimensões da cabeça de um alfinete. Entre elas, observavam-se elementos de milium e algumas outras pápulas maiores, translúcidas e pálidas. A séde folicular ficou bem nítida com a involução das lesões sob tratamento específico "sulfamídico".

A histologia mostrou estrutura mais nitidamente tuberculóide e elementos de parasitas em menor número que nas preparações comuns

Inicialmente o caso foi considerado como de leishmaniose ou lepra por outros observadores.

O diagnóstico pôde porém ser estabelecido pelo exame das lesões mucosas "estomatite moriforme" e pelas extensas placas da face de ambos os lados e que se estendiam até ao pavilhão auricular direito. Estes "placards" marginados, eram papilomatoses e crostoseos, pouco supurativo.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE MAIO

Presidente: PROF. PINHEIRO CINTRA

Um caso de implantação de ureteres no sigmóide por extrofia da bexiga no lactente —

DR. JARBAS BARROSA DE BARROS — O A. afirmou de início que depois do trabalho fundamental de Walters e Mayo em 1931 o tratamento de escolha para a extrofia da bexiga ficou sendo a implantação dos ureteres no sigmóide feita em dois tempos. Estes AA. consideram como mais oportuna para a execução da operação o período que vai dos 3 aos 4 anos.

Posteriormente entretanto, Lowers em 1937, Higgins e outros, fizeram a mesma operação em lactentes, com êxito tal, que passaram a considerar esta época da vida como a que apresenta maior tolerância, para a execução de tal ato cirúrgico.

Passando à apresentação do seu caso, o A. apresentou à Casa, uma menina portadora de extrofia da bexiga, atualmente com 2 anos e 3 meses, na qual implantou o uréter direito no sigmóide, quando estava com 6 meses, e o esquerdo, com 7 meses de idade. Ambas as operações foram bem toleradas, mas após a segunda, houve um período febril de 3 meses, provavelmente de pielonefrite, que não cedeu à sulfamida, só tendo terminado com frequentes transfusões de sangue. Durante esse tempo todo, a doentinha foi tratada pelo dr. Renato Woiski. De lá para cá a criança teve coqueluche e duas gripes, sendo uma com complicações pulmonares. A tudo resistiu

bem, estando com desenvolvimento normal, dentição normal, sem apresentar sintomas urinários. O esfíncter anal acomodou-se bem com a presença da urina, e é continente.

Ainda não foram feitas a cistectomia, e a plástica necessárias, que ficarão para mais tarde.

O A. esperou estes dois anos para apresentar o caso, porque as comunicações americanas a respeito, só falavam em post-operatório imediato. Pensa, de acordo com este caso, que a tolerância para a operação, parece grande no lactente, e que o post-operatório remoto, será satisfatório, se for vencido o período de adaptação dos ureteres à sua nova situação.

Acha que, operando os portadores de extrofia nesta época, poupa-se-lhes muito sofrimento futuro e também a seus respectivos pais.

Mononucleose infecciosa —

DR. CARLOS PRADO — Inicialmente o A. descreve as proporções epidêmicas atuais da mononucleose. Passa em revista toda a vasta e extravagante sinonímia, para aceitar com bases científicas, a única denominação que lhe serve: Mononucleose infecciosa. Acentua o progresso da técnica hematológica e esclarece à luz do próprio hemograma a inexistência da monocitose: "não há aumento quantitativo apreciável e nem alterações qualitativas", conclui o A. Combate também a denominação de angina monocítica, asseverando que esse sin-

toma pode faltar em cerca de 50% dos casos comuns, e em quasi a totalidade das formas febris. Há no entanto, uma alteração qualitativa muito evidente dos linfócitos, que se manifesta através dos seguintes fatos: Fatos prováveis: a) enfartamento ganglionar: b) aumento quantitativo das células indubitavelmente caracterizadas como linfócitos. Fatos contrários: a) não há aumento dos monócitos atípicos; b) não há atipia nos monócitos encontrados.

A seguir, o A. fez várias considerações em torno do tipo plasmocitóide e histiocitário e conclue, que "o característico do quadro hemático da mononucleose infecciosa é, realmente, a presença de linfócitos atípicos, com atipias específicas, e por assim dizer, patognomônicas.

Exibiu a seguir, um quadro gráfico, contendo o hemograma de 10 observações colhidas nestes 3 meses de epidemia e que identifica perfeitamente o caráter mononuclear da afecção.

Estudou e analisou o painel hemático nos diversos estádios da enfermidade e tratou depois da soro aglutinação de Paul Bunnell, mostrando a sua especificidade, de acordo com as investigações de Demanche.

Apreciando a mononucleose de 1942, referiu-se a dois outros pequenos surtos que irromperam, em 1921, em nossa Capital e em Mogi-Mirim, durante o verão passado, citando também as maiores epidemias ocorridas fora do Brasil.

Sobre a idade, sexo, cor, teve comentários, acentuando o tropismo do vírus linfotrópico pelo homem. Citou a seguir o que há a respeito desta doença na nossa literatura, e passa então a analisar toda a fenomenologia clínica, peculiar a adultos e crianças. Faz referências à escassa contagiosidade e ao coeficiente letal da mononucleose, e aborda, a seguir, a parte terapêutica, condenando as vacinas inespecíficas e particularmente o uso das sulfamilamidas, terminando por recomendar pouco remédio e apenas repouso.

54)

Comentários: Dr. José de Paula e Silva: Tomo a liberdade de lembrar ao dr. Prado, que provavelmente a gripe japonesa, não é a febre ganglionar de Pfeiffer. Esta moléstia foi devidamente estudada e resolvida por Donney, que entre vários achados, notou que o número de leucócitos variando para mais ou para menos, não tem o menor valor, se não se tem a noção do valor qualitativo desta alteração. Ele divide os linfócitos da febre de Pfeiffer em 3 grandes grupos, que foram denominados de grupos 1, 2 e 3. Os primeiros são os que existem no sangue, característicos da moléstia, mas benigna; os segundos são aqueles que se parecem com os monócitos, sendo mesmo muito difícil a sua distinção, que requer métodos muito delicado de citologia, pois os métodos comuns de histologia já são demasiados grosseiros para este caso; finalmente as células commentes encontradas nas reações leucêmicas linfóides, passíveis de confusão. Isto tem grande interesse quando se leva em consideração o fato da reação de Paul-Bunnell, ser uma reação feita a custa de anti-corpos heterófilos, para o diagnóstico da mononucleose. Os AA. acham que certas substâncias como os lipóides desde que ajam como aptenos, podem agir como antígenos sem nenhuma especificidade. O exame hematológico é o único que permite fazer um diagnóstico exato da mononucleose, daí o interesse destas considerações. A nossa presente epidemia, apareceu com um caráter um pouco assustador, mas creio que isto possa ser devido também a uma exploração em torno do caso. Assim, creio que o grande valor da comunicação de hoje, foi o de frisar que o diagnóstico da mononucleose, só pode ser feito pelo quadro hematológico, tendo em consideração apenas as alterações qualitativas e nunca as quantitativas.

Dr. Vicente Lara: Felicito o dr. Prado, pelo trabalho que acaba de apresentar. É a primeira vez desde a fundação de nossa Sociedade, que temos o prazer de ouvi-lo em nossa Secção. O assunto, embora de grande importância, e de especial

significação no momento, foi exposto, como ouvimos, em interessante linguagem jornalística, tão fora dos moldes daquela que habitualmente é usada nos debates científicos desta Casa.

Quanto à questão da contaminação, tive ocasião de observar uma criança de 6 anos com o quadro hematológico bastante típico, que não deixava dúvidas quanto ao diagnóstico; pouco tempo depois a mãe desta criança adoecia, com a mesma doença, mas com um quadro pouco comum, pois tinha além dos sintomas habituais, intensa reação meningéa, tanto que foi preciso que o clínico que a assistia, solicitasse o auxílio de um neurologista. A evolução de ambos os casos; como sempre acontece, fez-se espontaneamente para a cura.

Quanto à parte terapêutica, acho que nenhum médico, hoje em dia, entre nós, faz uso dos derivados sulfamidicos. O tratamento deve consistir em cuidados higiênicos de ordem geral.

Dr. Gastão Rosenfeld: No que se refere à forma epidêmica, a reação meningéa é bastante comum. Outra coisa interessante, são as complicações que se têm observado, principalmente agora, neste surto epidêmico, e que não têm sido bem descritas. Referimo-nos às flebites e ao enfarte pulmonar. Neste último caso, o clínico não prevenido, pensa na reativação de uma tuberculose diante do quadro clínico da moléstia e dos fenômenos pulmonares. Geralmente isto acontece nos casos mais demorados de 30 ou mais dias.

Quanto aos sintomas meningéos, os americanos insistem muito nêles; um autor alemão, publicou mesmo um trabalho só sobre esta parte da questão, classificando-a de meningoencefalite.

Quando à parte hematológica, os comentários do dr. José de Paula e Silva, vêm reforçar tudo aquilo que disse, a esse respeito, o dr. Carlos Prado.

Dr. Pinheiro Cintra: Nós costumamos desde há muitos anos, chamar esta moléstia, agora batizada com o nome de mononucleose infecciosa, de moléstia de Pfeiffer.

Eu me lembro, que quando comecei a trabalhar na Santa Casa, já havia casos esporádicos, que mais tarde se tornaram epidêmicos. Talvez que condições cósmicas facilitem o seu aparecimento. Na fase epidêmica, a moléstia é muito mais contagiosa. A este respeito de contágio, quero crer que a moléstia era menos comum nas mulheres, porque estas entrando mais em contacto com as crianças que em geral tinham a forma esporádica, ficavam como que vacinadas. A pediatria ficou muito atrasada nesta questão, porque então não se dava importância ao quadro hematológico. Quanto à sua benignidade tão decantada por todos, eu não creio que seja uma moléstia tão benigna, porque nós não sabemos ainda como ela termina. Talvez ela tenha secundarismo ou terciarismo que só se manifestarão depois de muitos anos. E ainda mais, toda moléstia que tem uma reação meningeana, é uma moléstia que requer um pouco de cuidado. Assim sendo, não creio que se trate de uma moléstia tão benigna como se diz. Há vários casos de morte e outras complicações. O diagnóstico clínico, me parece muito fácil, pela palpação do baço, que muitas vezes antes de qualquer sintoma se apresenta duro. Nos casos esporádicos, os gânglios são uma das primeiras manifestações. A deformação da área cardíaca por percussão torna-se muito fácil e também a percussão dos vasos da base. Som mais obscuro na base do pulmão esquerdo, ao contrário da febre tifóide. O enturgescimento dos gânglios se faz mais facilmente para o lado esquerdo.

Terminando estes comentários, direi que é uma moléstia sobre a qual se conhece muito pouco, e portanto merece muita atenção, principalmente no caso de crianças que tiveram uma reação meningéa que precisam o máximo de nossos cuidados.

Diagnóstico bacteriológico rápido da difteria pelo processo de Manzullo — DR. SÍLVIO MARONE — O presente trabalho, é a segunda parte do apresentado na sessão

anterior. Consiste o processo de Manzullo em se tomar um chumaço embebido em solução aquosa de telurito de potássio a 2% e tocar as formações exudativas suspeitas. A leitura se faz 5 a 10 minutos após o toque. Si se observar o enegrecimento na parte tocada, o germe é diftérico, e se a coloração não se alterar, o resultado é negativo para a difteria. A solução não deve ser usada depois de 30 dias de preparação. O seu autor recomenda que a solução não deve tocar a língua, cuja mucosa enegrece normalmente com o telurito, bem como quando houve prévia imbrocação com o azul de metileno ou gargarjo com água oxigenada ou ácido tânico.

Fez 60 observações em indivíduos diftéricos do Hospital do Isolamento de São Paulo, usando como processo padrão o de Loeffler. Obteve 54 concordâncias do processo em estudo com o processo de Loeffler e o diagnóstico clínico, e 6 casos de discordâncias.

Depois do estudo estatístico com os resultados obtidos, o A. conclue:

1.º) A prova de Manzullo constitui elemento de bastante rapidez e eficiência para o diagnóstico da difteria "in vivo" e "in vitro".

2.º) O seu emprêgo como complemento das provas usuais bacteriológicas, não oferece vantagens, pois os casos em que é positivo, sendo as provas bacteriológicas negativas não podem ser tomados em consideração, uma vez que não apresenta elemento que aumente a especificidade da reação. O seu uso, entretanto, se justifica somente em casos em que se deseje um diagnóstico rápido.

3.º) O seu emprêgo como substitutivo das provas bacteriológicas, quando essas não podem ser realizadas, é indicado não só pela simplicidade da prova que permite sempre a sua realização, como pelas altas percentagens de concordância dos seus resultados com os de outras provas.

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA, EM 18 DE MAIO

Presidente: DR. PAULO SAIS

A via transpalatina na cura da atresia congênita das coanas —

DR. REBELO NETO — A atresia bilateral das coanas, põe em perigo imediato, a vida do recém-nascido, quando o socorro não é pronto. Daí o interesse que o estudo da questão apresenta não só para o cirurgião plástico, como para o pediatra e para o obstetra.

Depois de estudar a sintomatologia e o diagnóstico, detem-se no aspecto radiológico dos atresiados.

Nem sempre é possível estabelecer a origem congênita do mal, se bem que não hajam dúvidas em certos casos a respeito.

Refere-se ao tratamento, originado as regras principais e básicas a que ele deve obedecer.

Nas atresias ósseas dos recém-nascidos, prefere a via transpalatina. Após ligeiro esboço histórico, delinea, com minúcias a técnica que tem seguido, mostrando os esquemas relativos a cada tempo.

56)

Cita os cuidados post-operatórios, e passa, a seguir, às observações que são em número de duas; um caso operado em maio de 1940 em recém-nascido e outro ainda recente, em menino de 8 anos, ambos portadores de atresia coanal bilateral ossea, operados pela via transpalatina. A facilidade apresentada por esta via, principalmente nos recém-nascidos e em crianças pequenas, autoriza o A. a recomendar o seu uso na cura definitiva da atresia coanal de tipo idêntico ao estudado.

Comentários: Dr. Ernesto Moreira: O trabalho do dr. Rebelo Neto, dispensa qualquer elogio. Quero usar da palavra apenas, para dizer, que em nosso serviço, todos os doentes são examinados com o mesmo cuidado, de modo que, se no caso presente, não fosse ou que tivesse feito o exame, qualquer dos colegas, companheiros

de serviço, o teria diagnosticado com toda a exatidão. A respeito deste caso, que foi o segundo dos apresentados pelo dr. Rebelo Neto, estou bem informado, pois tive ocasião de estudá-lo perfeitamente. A "via sacra" desta criança, foi bastante dolorosa; ela foi operada várias vezes, de vegetações adenóides em nosso serviço. Antes de nós, os colegas que tinham examinado este menino, não o tinham feito com a devida atenção. Quando chegou até a nós, fizemos um cuidadoso exame e verificamos, então, que o quadro que apresentava, não era dado exclusivamente pelas vegetações adenóides, mas sim, (como revelou a radiografia), pela atresia das duas coanas. Foi então que indicamos o ato cirúrgico, que foi executado pelo dr. Rebelo Neto.

Dr. Rubens Brito: Quero fazer um comentário de ordem geral e outro de ordem estatística. O comentário de ordem geral, se refere ao exame. O diagnóstico é relativamente fácil: uma criança que respira mal, com um facies adenoideano, com uma amígdala má, já operada fazem com que se pense em uma profunda dificuldade respiratória, como o é a atresia das coanas.

Quanto à frequência, estes casos são realmente bastante raros. Tivemos a respeito um caso na clínica do dr. Paula Santos, de uma criança de 10 anos, com as fossas cheias de catarro e o estilete af introduzido, encontrava uma parede dura e resistente. A primeira tentativa cirúrgica para se perfurar a parede, não deu resultado, porque sobreveiu forte hemorragia, que nos obrigou a interromper a intervenção, antes de conseguir um resultado satisfatório.

Dr. Gustavo dos Reis: Queremos apenas fazer uma pergunta ao dr. Rebelo Neto: a técnica operatória descrita é a mesma, tanto na atresia nasal como na imperfuração das coanas? Parece-nos, que são, anatomicamente, malformações diferentes.

Dr. José Matos Barreto: Secundando os elogios feitos em torno do trabalho do dr. Rebelo Neto, tendo

perdido boa parte, por ter chegado tarde à sessão, desejo apenas, a título de casuística, lembrar um caso que tive há anos. Ajusta-se aos comentários que acabam de ser feitos a propósito da etiologia e do diagnóstico da imperfuração coanal. Era um menino hereditário-luético, que em uma capital do norte, havia sofrido várias raspagens do naso-faringe, cujo estado se atribuía à recidiva das adenóides. Fiz a trepanação óssea por via endo-nasal, e para uma extensa atresia fibrosa do cavum, usei a diatermo-coagulação retrógrada. O restabelecimento foi completo, todavia, após longo tratamento.

Deixando ao exame, particularmente se a criança já foi curada de adenóides e ainda não respira pelo nariz, etc., desejo frisar a dificuldade da operação endo-nasal e quão incerta é em seu resultado definitivo. Faz-me isso lembrar um outro caso, que é o de uma senhora, hoje enfermeira da Santa Casa. Pude concluir que se tratava de um caso já operado no Rio e citado como resultado bom. Havia recidiva da imperfuração coanal bi-lateral, mas apenas com um septo fibroso. Pude removê-lo satisfatoriamente com a diatermo-coagulação.

Assim sendo, só tenho a felicitar o dr. Rebelo, pela clareza e segurança com que acaba de expor o acesso trans-palatino às fossas nasais e coanas.

Dr. Aquino: Tive oportunidade de ter, há 3 anos, um caso semelhante ao aqui apresentado hoje. Trata-se de um caso de imperfuração bilateral e congênito por uma rolha mucosa. Trabalhando com o dr. Rebelo, fizemos a técnica endo-nasal, que resolveu bem o caso. O estado embriológico desta questão é bastante interessante. Também verificamos aqui uma disendocrinia, em que havia uma perturbação de ordem hipofisária, e testicular.

A questão da hereditariedade é bastante importante, assim como também o fato de se verificar se os pais da criança eram ou não alcólatras conforme citam muito bem

os AA. alemães, e o fazem aliás, com muita insistência.

Dr. Enio D'Aló Salerno: Quero lembrar apenas, que na reunião do último Congresso Sul Americano de Oto-rino-laringologia, o prof. Marino lembrou a prova do líquido, que consiste em se instilar líquido nas coanas, servindo para isso, mesmo a própria água.

Dr. Paulo Sais: Qualquer elogio, torna-se dispensável à comunicação do dr. Rebelo, pois já estamos habituados a presenciar os seus belos trabalhos. Os comentários de ordem técnica já foram feitos, tendo entre todos eles, predominado os que dizem respeito ao diagnóstico, que não apresenta dificuldade, mas deve ser sempre lembrada a possibilidade de imperfuração das coanas.

De minha parte, só tive ocasião de verificar um caso, que foi operado por um nosso colega, que usou a técnica trans-septal, para exposição da parede óssea da imperfuração das coanas. Só assisti entretanto ao ato operatório e não acompanhei o doente, mas me parece que a técnica do dr. Rebelo é a mais racional.

Dr. Rebelo Neto: Desejo agradecer aos colegas a atenção que tiveram em torno do meu trabalho e a honra dos seus comentários. Ao dr. Rubens Brito, sinto que não tenha assistido a minha palestra desde o seu início, pois então teria ocasião de ver que eu me referi justamente àquilo que foi motivo de seu comentário.

Ao dr. Reis, tenho a dizer, que, se a atresia é muito grande, devemos usar a mesma técnica que na imperfuração, mas se a atresia é pequena, então, a técnica é diferente. Muitas vezes, só em presença do caso, na hora de realizar o ato operatório, é que se pode decidir.

O dr. Aquino, referiu-se aos pais alcoólatras. Estou de acordo, mas acho que se deva levar em conta além deste fator, outros, como a tuberculose, os fissurados, os que sofrem de doenças infecciosas agudas de longa marcha, etc.

O dr. Salerno, no capítulo do diagnóstico, lembrou aqui o processo do dr. Marino, que consiste

na instalação nas narinas, de um líquido, que em geral é um líquido colorido, como o azul de metileno por exemplo. Agradeço a colaboração.

Ao dr. Matos Barreto e Paulo Sais, agradeço as palavras elogiosas que tiveram em torno do meu trabalho.

Falando ainda sobre a questão da hereditariedade, é frequente que o defeito não se repita sempre o mesmo na família, mas também é comum que na família do doente haja outros casos de malformação. No nosso caso, uma prima do pequeno doente, tem uma "goela de lobo". Por este motivo, chamo a atenção para a importância de se prestar mais atenção aos recém-nascidos, sobretudo os pediatras e os obstetras, que com eles entram primeiro em contacto.

Estenose congênita do laringe — Dr. José Augusto de Azevedo Botelho — I. T. de seis meses de idade.

Foi trazido ao nosso consultório, por indicação do dr. Paulo Sais. A criança se apresentava agitada, e chamava logo a atenção a respiração ruidosa e uma tiragem com depressão muito acentuada da fossa supra-external. A mãe conta que desde o nascimento, esta criança, tem dificuldade de respirar, mas isto nunca a levou a procurar um médico. Ultimamente porém a criança tem piorado bastante, e já há duas noites não consegue conciliar o sono. A respiração da criança, lembrava exatamente o tipo de respiração causado por obstrução alta da traquéia; grande depressão da fossa supra-external nos movimentos inspiratórios, depressão menos acentuada no epigástrico, respiração ruidosa e choro característico. Suspeitamos imediatamente de um obstáculo na coluna aérea ao nível da laringe, e pedimos uma radiografia que revelou stenose ao nível da sub-glote.

Procedemos então a uma laringoscopia direta e pudemos observar ao nível da sub-glote um estreitamento acentuado do lumen. Em virtude do estado geral da criança, não quisemos tentar uma

dilatação no momento, temendo uma reação inflamatória com agravamento dos sintomas. Aconselhamos então uma traqueotomia prévia a ser feita com urgência; negou-se a permitir a intervenção sem consultar a família, e ficou de nos dar uma resposta no dia seguinte. A doente não voltou como prometera, e dois dias depois, tivemos a notícia de que a criança morrera asfixiada.

Comentários: Dr. Rubens Brito: Desejo apenas saber se o caso apresentado pelo dr. Arruda Botelho é congênito.

Dr. Arruda Botelho: Eu o considero congênito, pois a criança tinha apenas 6 meses de idade. Existem, entretanto, casos que podem ser manifestações mais tardias de uma laringite, etc. que poderá provocar uma estenose.

Dr. Rubens Brito: Qual a técnica da dilatação? Creio que em todo o caso, a traqueotomia, é uma intervenção que obrigatoriamente terá de ser feita. Será a técnica apresentada a única orientação terapêutica, sem outras intervenções, posteriores?

Dr. Arruda Botelho: Nesta parte da endoscopia, estou imbuído do que diz Chevalier Jackson, que conclue após interessantes estudos, que não se deve fazer a traqueotomia, aconselhando mesmo que nos casos extremos se force o broncoscópio. Quanto à técnica, basta que uma vez introduzido o broncoscópio, deixe que ele fique aí alguns minutos para depois ser retirado. Pode-se fazer também a tubagem, mas eu nunca a pratiquei, pois a sua técnica exige um emprego às cegas, o que trás grandes dificuldades, quando se encontra uma resistência. Entretanto, sou de opinião, que em caso de se tornar impossível a realização de uma traqueotomia, deve-se fazer a tubagem, pois sempre somos obrigados a fazer alguma coisa.

Dr. Paulo Sais: O caso apresentado pelo dr. Arruda Botelho, despertou bastante interesse. Tive ocasião de ver este caso, e espero contribuir um pouco para a sua elucidação. A explicação já dada

pelo dr. Arruda, creio que foi suficiente. A criança respirava mal desde o seu nascimento e foi piorando cada vez mais, até que a mãe resolveu procurar médico. O primeiro exame, deu idéia de difteria, mas a anamnese afastou esta hipótese. Neste caso acho que é de importância considerar-se o estado do miocárdio, que talvez tenha sido a causa da morte em virtude do provável prejuízo que teve com a falta de oxigênio.

Quanto à questão de tubagem e trequeotomia, parece-me que a traqueotomia é preferível, isto porque aquela pode dar secundariamente a atresia da laringe.

Agradeço ao dr. Botelho e espero que ele volte novamente a esta tribuna, com novos e interessantes trabalhos.

Dr. Arruda Botelho: Agradeço a todos os que comentaram o meu trabalho, e em particular ao dr. Paulo Sais, pelo encorajamento que me deu, para que eu viesse apresentar aqui este trabalho, e também pela ajuda que me tributou, como companheiro de trabalho que somos na Beneficência.

Lupus da pele e lupus da mucosa — DR. FRIEDRICH MUELLER — O A. apresentou um caso grave de afeção nasal que fez com que se dedicasse a um estudo mais profundo do lupus e de sua localização nas mucosas. Com referência ao número e aos diversos aspectos clínicos verificou uma série de relações e fatos que julgava de interesse para o nosso meio. Baseou-se especialmente em dois trabalhos, um do dermatologista Stuehmer e o outro do oto-rino-laringologista Brueggemann.

Descreveu o quadro clínico, referindo-se à demora do paciente em procurar o médico. Discorreu sobre o diagnóstico, diagnóstico diferencial e tratamento, chegando às seguintes conclusões: o lupus cutâneo e mucoso podem ter origem exógena e endógena. A evolução é longa e depende do estado de imunidade relativa do paciente. A terapêutica visa melhorar o máximo possível esta imunidade, por um tratamento geral adequado con-

sistindo essencialmente em uma dietética especial e helioterapia. Como tratamento local, não necessário em todos os casos, temos principalmente os processos diatérmicos.

Comentários: Dr. José Maños Barreto: Desejo saber apenas, se o presente trabalho foi sugerido por algumas observações de lupus em nosso meio, pois, sabe-se que tal moléstia é rara entre nós e nos climas tropicais, de um modo geral. Confesso que até hoje não vi nenhum caso bem positivado entre nós.

Dr. Antônio Prudente Corrêa: Do ponto de vista oto-rino-laringológico, nunca vi um caso de lupus. Quando ainda estudante, vi no Ambulatório de Dermatologia da Santa Casa, 4 casos de lupus eritematoso, mas não de lupus vulgar. Os livros dizem que a lesão mucosa antecede a lesão cutânea no lupus vulgar; seria interessante investigar-se a existência de tal fato em nosso meio.

Dr. Giudice: Talvez a raridade do lupus entre nós seja devida ao fato de os especialistas não se incomodarem com os exames oto-rino-laringológico. Em minhas

experiência, já tive ocasião de verificar em um caso de lupus cutâneo o lupus nasal.

Dr. Paulo Sais: Estou de pleno acordo em que o lupus é muito raro entre nós: o prof. Lindenberg em suas aulas, sempre acentuava que o lupus não existe entre nós, mas, já tenho tido ocasião de observar alguns casos, em pessoas recém-chegadas da Europa. Quanto ao tratamento, cita o Müller o ácido láctico, que de fato, dá bons resultados. Desejo saber se o dr. Muller, tem observado casos de lupus entre nós.

Dr. Friedrich Müller: Agradeço os comentários dos distintos colegas. Na Alemanha, não se conhecia o lupus da mucosa, apenas se supunha a sua existência. Mas, uma averiguação bem feita, rigorosa, demonstrou a existência de casos de lupus da mucosa nasal. O mesmo creio que deveria ser feito entre nós, isto é, que os principais interessados, oto-rino-laringologistas e dermatologistas, se reunissem, para concluir pela existência ou não do lupus da mucosa em nosso meio. Se existe o lupus cutâneo entre nós, então estou convencido de que também existe o lupus da mucosa.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE MAIO

Presidente: DR. JOSÉ RAMOS JÚNIOR

Estudo clínico do hipertireoidismo — Dr. J. A. DE MESQUITA SAMPAIO — O A. iniciou por rápido resumo histórico lembrando os nomes de Parry, Flajani, Graves, Basedow, Moebius, Kocker, como os principais autores a quem se deve a descrição d'este síndrome. Faz algumas considerações de ordem etiológica, referindo-se aos fatores hereditários, de sexo, de idade, tóxicos, infecciosos, traumas morais, como causas originárias da moléstia, bem como estuda os principais aspectos da sua patologia, defendendo a unidade patogénica para os diferentes estádios do hipertireoidismo — Basedow clássico, adenoma tóxico, hiperti-

reoidismo sem bócio — inspirado nos modernos estudos de histopatologia, citando, entre outros os trabalhos de Reinhoff.

Passa em revista a seguir, os sintomas e os sinais do hipertireoidismo, dividindo-os em fundamentais, o hipermetabolismo, o emagrecimento e as perturbações cárdio-vasculares, e, em acessórios, o bócio, o exoftalmo, e demais perturbações oculares, as perturbações nervosas, digestivas, provas experimentais e demais sinais. No estudo detalhado das diversas manifestações, do hipertireoidismo, realça o valor de cada um, já pela ordem de frequência, como da respectiva intensidade ligada que seja,

esta manifestação, a este ou àquele síndrome de hiperfunção da glândula tireóide.

Detem-se no estudo do diagnóstico diferencial dos diversos síndromes clínicos de hipertireoidia destacando a fisionomia específica de cada um.

Termina com considerações gerais sobre a orientação terapêutica para estes estados, calcadas nas bases etiológicas, fisiológicas e patológicas de início espasmodas.

A exposição do A. foi ilustrada com quadros esquemáticos, diagnósticos, fotografias, rádio-quimogramas de corações hipertiroideos e finalmente uma cineradiografia do coração de um caso de moléstia de Basedow.

Fisiopatologia do hipertireoidismo — PROF. JOSÉ INÁCIO LOBO — A denominação de hipertireoidismo implica, de per si, a noção de um aumento na produção do hormônio da tireoide, acarretando um exagero de funções que, normalmente, são por ele cumpridas. Isto se aplica tanto à clássica doença de Graves-Basedow (bócio exoftálmico primitivo) como ao adenoma tóxico, como ainda aos casos menos frequentes de tireotoxicose sem bócio.

Do ponto de vista morfológico, o que caracteriza a glândula tireóide, em tais casos, são os sinais mais ou menos marcados, duma hiperatividade histofisiológica, traduzida por uma hiperplasia das vesículas, uma hipertrofia de suas células, que se tornam cilíndricas, e por escassez do colóide vesicular. Frequentemente o epitélio se enrugua, surgem infiltrações linfocitárias, e os mitocôndrios e o aparelho de Golgi se tornam particularmente evidentes. Embora nem todas estas alterações compareçam sempre regularmente, pois há variações individuais e regionais do quadro anátomo-patológico, o que interessa reter é que a glândula exhibe sinais inequívocos de hiperatividade.

O mais importante achado fisiológico, em tais casos, é um aumento do metabolismo basal (maior consumo de O_2 em confron-

to com as médias normais) o que está dentro da lógica dos fatos, pois, sabidamente, o hormônio da tireóide tem, como função preclípua, manter o metabolismo celular (energético) a um nível considerado ótimo para o organismo. A consequência imediata do exagerado consumo de O_2 é o emagrecimento, pois as reservas de gordura se esgotam; é o aumento do volume-minuto do coração, para fazer face à maior demanda dos tecidos em oxigenação, é a instabilidade nervosa e psíquica, e uma série de outros sintomas, atribuíveis, uns diretamente ao hipermetabolismo, outros à ação tóxica do hormônio em excesso.

No hipertireoidismo, o aumento do volume-minuto cardíaco se faz mais à custa dum aumento na frequência do que no volume sistólico, e este maior trabalho do coração se traduz subjetivamente pelas palpitações de que se queixam os doentes. Durante a atividade muscular, as condições circulatórias se agravam, porque o coração do hipertiroideu responde às necessidades periféricas, acelerando, ainda mais, seus batimentos, ao invés de aumentar seu volume sistólico, o que é uma forma pouco econômica de trabalho, que leva à hipertrofia do órgão. Provavelmente o coração se comporta assim sob o influxo direto do hormônio, pois na leucemia, embora haja maior consumo de O_2 nas células, não se observa a taquicardia, característica dos basedowianos. Não se pôde excluir também uma ação excitadora da tireoglobulina sobre os centros hipotalâmicos que regulam a atividade do ortosimpático. (Acelerador extrínseco do coração).

Nem por haver maior consumo de O_2 na unidade de tempo, deixa o conteúdo em oxigênio do sangue venoso, de ser ainda maior do que o habitual, a ponto de o sangue das veias parecer arterializado. Este fato, que é devido à maior rapidez com que circula o sangue ou, como quer Eppinger, ao espessamento dos capilares (o que dificulta a difusão gasosa) não entra em conflito com o citado aumento do metabolismo, porquanto a menor cessão de O_2 por unidade de volume é so-

bejamente compensada pelo aumento de massa circulante na unidade de tempo. Um aumento de 100% no metabolismo energético de um indivíduo normal, ocasionado pelo trabalho muscular, requer um aumento de cerca de 70% do volume-minuto do coração; um aumento de 100% no metabolismo basal dum hipertireóideu requer um excesso de 130% no volume-minuto.

Quanto a alterações do metabolismo intermediário, merecem ser mencionadas como principais: a) a glicosúria (só observada em alguns casos) que é devida a uma glicogenólise excessiva, ocasionada pela ação do hormônio sobre o fígado; b) a creatinúria espontânea, atribuível a uma resíntese insuficiente do fosfogênio muscular e que é um elemento diagnóstico de prima importância; c) e a tendência a valores mais baixos de colesterol e mais altos de iodo, ambos no plasma sanguíneo.

A causa imediata do exoftalmo (presente na doença de Graves-Basedow e ausente no adenoma tóxico) parece residir, como demonstrou Naffziger, num entumescimento dos músculos orbitários (edema e infiltrações celulares) o que determina um aumento permanente da tensão intraorbitária. Por sua vez, esta alteração na musculatura externa do globo ocular parece ser produzida pelo hormônio tireotrópico da hipófise, já que é possível ocasionar um exoftalmo pela injeção deste hormônio, mesmo no animal tireoidectomizado (Marine). Um fato que, na espécie humana, apoia este dado experimental é o de o exoftalmo dos basedowianos não regredir com a tireoidectomia, ao passo que todos os demais sintomas do hipertireoidismo desaparecem.

Nem todos os demais sinais oculares que se observam no hipertireoidismo dependem do exoftalmo, pois podem comparecer na ausência deste, o que indica também que obedecem a uma gênese diferente. Assim, por exemplo, a maior abertura da fenda palpebral é devida à excitação simpática, e pode, aliás, ser ocasionada pelo próprio hor-

mônio da tireóide, como o atesta sua incidência em casos de intoxicação (terapêutica) pela tireoglobulina.

A explicação da sintomatologia geral no hipertireoidismo se baseia toda ela ou no exagero do metabolismo celular ou no papel tóxico do próprio excesso de hormônio sobre diferentes tecidos. Neste particular, já se mencionou como devam ser explicados o emagrecimento e os distúrbios cardio-vasculares. Também a grande fraqueza muscular é atribuível ao distúrbio da resíntese do fosfogênio. Os sintomas de instabilidade, agitação e angústia parecem dever ser inculcados à ação do hormônio sobre o hipotálamo e sistema simpático-parassimpático. A mesma ação sobre os centros reguladores da temperatura explica a sensação de calor que aflige estes doentes. Quanto à tendência à diarréia (observada em alguns pacientes) é consequência da ação direta, isto é, sem mediação nervosa, da tireoglobulina sobre o tracto entérico; e quanto ao papel diurético do hormônio, sabemos que este age como verdadeiro desidratante celular. Contudo, a poliúria é uma queixa rara nos portadores de hipertireoidismo.

A verificação anátomo-fisiológica do que se passa com outros órgãos nesta afecção nos mostra, de mais interessante, a constante hiperplasia do timo, a pobreza do fígado em glicogênio (o que contribui para a origem da cirrose hepática, observável nos casos graves ou antigos de bócio tóxico) e, embora, com menos frequência, sinais de insuficiência das suprarrenais.

Mas, sem dúvida alguma, a mais interessante correlação endócrina da tireóide é com o lobo anterior da hipófise. A existência dum hormônio tireotrópico da hipófise está assegurada não só pela atrofia da tireóide que se segue regularmente à hipofisectomia, como, e principalmente, pelo isolamento duma fração do extracto hipofisário capaz de estimular a tireóide dos animais em que é injetada, e sem ação sobre as gônadas, cortex suprarrenal, suprarrenal, sobre o crescimento

ou sobre a lactação. A estimulação da tireóide pelo hormônio tireotrópico se traduz pelo aumento de volume da glândula, com todos os sinais de hiperatividade celular, e pelo aparecimento dos sintomas encontrados no hipertireoidismo, sobretudo aumento do metabolismo basal.

Não está porém demonstrado que na doença de Graves-Basedow existe uma hiperprodução de hormônio tireotrópico, se abstrairmos do índice fornecido pelo exoftalmo. As provas biológicas (testes de Aron e Smelzer) destinadas à demonstração da presença daquele hormônio na urina têm sido a maior parte das vezes negativas. Assim, pois, no hipertireoidismo humano, parece que o distúrbio primário reside na própria tireóide.

Seja qual for, a causa inicial da moléstia, o que não resta dúvida é que a tireóide se encontra em estado de hiperfunção, e a que à hiperprodução hormonal cabe a responsabilidade, senão de todos, pelo menos da maior e mais importante parte dos sintomas mórbidos. A prova disto está nos resultados extraordinariamente benéficos alcançados com a tireoidectomia subtotal. É certo que não se conseguiu isolar hormônio da tireóide do sangue dos basedowianos; mas, como demonstraram Salter e Craig, tecidos cultivados no plasma de doentes com hipertireoidismo consomem mais oxigênio do que quando cultivados em plasma de indivíduos normais ou mixedematosos.

Que, para explicar a diversa tolerância de pessoas normais a doses altas de hormônio da tireóide, se deva fazer apelo a diferenças constitucionais ligadas ao genótipo — é cousa que, aqui como em situações similares, não sofre contestação.

A seguir, foram projetados dispositivos de doentes com hipertireoidismo, microfotografias de glândula tireóide humana em caso de doença de Basedow, e de glândula tireóide de cobaias submetidas à prova de Aron e de pintos injetados com hormônio tireotrópico.

Estudo epidemiológico do bócio endêmico em S. Paulo — DR. ARMANDO ARRUDA SAMPAIO — O A., apresentando dados referentes à incidência do bócio entre os escolares de diversos distritos da Capital e de 13 municípios do Interior do Estado, evidencia o caráter endêmico da afecção, chamando a atenção para a gravidade do problema. Felicita-se pelo fato de que a divulgação dos dados que vem obtendo em inquérito oficial seja realizada na sessão destinada pela Secção de Medicina da Associação Paulista de Medicina ao estudo do hipertireoidismo, que é uma das complicações do bócio endêmico na idade adulta. Cita a este propósito as estatísticas de Kimball, segundo as quais, 55,5% dos adultos das zonas endêmicas americanas, que não se submeteram a medidas profiláticas, apresentam sinais de tireotoxícos.

Estudando a distribuição do bócio, mostra que os seus índices são muito variáveis, indo de 5 a 72%; que o mesmo predomina no sexo feminino, como é de regra e aumenta com a idade, dentro dos limites estudados, isto é, até aos 20 anos.

Apresenta dados biométricos e pedagógicos comparativos dos escolares das zonas endêmicas de baixo e de alto índices, conclue que o bócio endêmico dos escolares da zona percorrida se apresenta como bócio simples, isto é, desacompanhado de perturbações do desenvolvimento físico e mental, mas com a ressalva de que esta conclusão é provisória em virtude da extensão relativamente pequena das suas pesquisas. Em relação à profilaxia, depois de se referir à eficácia da administração do iodo durante o período da gestação e nos primeiros anos de vida, baseando-se em trabalhos recentes de investigadores americanos e suíços, encarece a necessidade de se realizar tal profilaxia em nosso meio. Refere-se à questão das doses profiláticas, concluindo que a dose diária é de 1/10 de miligrama a 1 miligrama, o que, além de ser profilático para o bócio, promove o seu desaparecimento em

60% dos que já são seus portadores na idade escolar e, quando administrada aos adultos portadores de bôcio simples, previne o aparecimento do hipertireoidismo secundário. Tem o iodo pois uma tripla ação. Em relação à etiologia do bôcio, disse o autor que por motivos independentes de seus esforços, não puderam ser realizadas até a presente data as dosagens de iodo na água das zonas inspecionadas; esta verificação será feita futuramente, como também serão feitas pesquisas outras a respeito das formas clínicas da moléstia em nosso Estado. A comunicação foi ilustrada com mapas, gráficos e diapositivos.

Comentários: Dr. Paulo Ribeiro da Luz: Tenho observado em minha clínica, frequentemente, casos de hipertireoidismo não muito acentuado, acompanhados de verminose intestinal. Nós sabemos que a verminose acentuada produz uma baixa do metabolismo, mas, é também certo que os casos que tenho observado, com um metabolismo de + 18 ou + 20%, tem melhorado com a administração de vermífugos, cedendo o quadro clínico hipertireoideu e baixando o metabolismo de base.

Tomo, assim, a liberdade de sugerir ao dr. Arruda Sampaio que, em sua estatística, procure traçar um paralelo entre os casos de hipertireoidismo que ele tem observado e os casos de verminose, procurando verificar se tal não se dá, levando em conta o que afirmou: que é mais comum a disfunção tireoidea em escolas de frequência mais humilde e também a porcentagem maior que assinalou em zonas que sabemos serem de encontradiga verminose.

Aliais o colega explicou essa maior incidência como resultante de fenômenos de carência e é muito natural que se atribua à verminose como sua causadora.

Desejava ainda pedir ao prof. Lobo um esclarecimento: Acabamos de ouvir e sabemos que no hipertireoidismo existe uma maior oxigenação tissular, um maior aproveitamento do oxigênio e, concomi-

tantemente, um grande emagrecimento. Ora, nós sabemos que a molécula de gordura é mais pobre em oxigênio do que a molécula de hidrato de carbono. Deverá haver uma correlação entre esses 2 fatos e pergunto: será a maior oxigenação que produz a transformação das gorduras em hidratos de carbono com consequente emagrecimento ou será a queima inicial das gorduras que originará uma maior fome de oxigênio? Essa queima das gorduras, aliás, poderia explicar a hiperglicemia muito bem assinalada, também, pelo prof. Lobo, no hipertireoidismo, sem a necessidade de fazê-la oriunda da queima do glicogênio hepático. Isto corroboraria as comprovações citadas nos últimos tratados de moléstias do fígado, onde assinalam a frequência de aplasia da tireoide nas cirroses e atrofias amarelas do fígado, fazendo supor mais uma ação protetora da tireoide sobre o fígado de que o fenômeno inverso, que seria provocado com a queima do glicogênio.

Voltando ao fato já assinalado da frequência de hipertireoidismo nos indivíduos portadores de verminose ligeira eu desejava assinalar, ainda, que além da patogenia carencial, podemos admitir, também, uma patogenia tóxica. Embora os pediatras neguem, nós sabemos como é frequente em nossa clínica o quadro de crianças em convulsão, com colares de pontas de alho enrolados ao pescoço, demonstrando que toda a família já fez o diagnóstico de verminose intestinal. Essas crianças melhoram com o tratamento vermífugo. Não seriam toxinas, capazes de produzir convulsão, as causadoras de excitação da tireoide em infício. Com a progressão posterior da verminose os fenômenos de carência seriam de tal volume que produziram a baixa do metabolismo, que é frequentemente assinalada.

Dr. Carlos Kyrillos: Trabalhamos há anos no Serviço de Saúde Escolar. Logo ao infício do nosso trabalho, causou-nos surpresa o número de bócios e outras disendocrinias que encontramos entre os escolares. A percentagem era enor-

me, conforme o dr. Arruda Sampaio teve ocasião de demonstrar hoje, aqui entre nós, apresentando o inquérito que ele organizou com tanto brilho em nosso meio escolar. Foi da observação e insistência que nasceu a Clínica Endocrinológica do Serviço de Saúde Escolar.

O problema do bócio entre nós é muito grande. A sua incidência é enorme, não só na Capital, como no Interior e mesmo em alguns subúrbios de São Paulo. Tivemos oportunidade de ver muita coisa interessante neste sentido, no Serviço de Glândulas Endócrinas da Santa Casa, a cargo do dr. Mesquita Sampaio e na nossa clínica endocrinológica.

Quanto à questão do sexo temos verificado, que de fato, a maior incidência se dá no sexo feminino, e neste, principalmente, entre os 9 e 13 anos, e na adolescência. A herança, também é um fator de importância que não vem a pego discutir no momento. Apesar da frequência do bócio na criança, o hipertiroidismo, não é fácil de ser encontrado, e podemos dizer mesmo, que ele é muito raro nas pequenas idades. No que se refere às relações entre idade e o bócio, tivemos oportunidade de observar, que é mais frequente aparecer entre os 7 e 9 anos, e nesta idade, a sua incidência é mais ou menos a mesma entre os meninos e as meninas. Daí por diante aumenta nas meninas, até aos 13 anos de idade, para predominar de maneira absoluta no sexo feminino desta idade em diante. Em 445 moças de uma das nossas Escolas Normais que tivemos ocasião de observar, encontramos uma incidência de 16% de bócio. Tudo isto, agora revelado, aparece como uma cousa francamente surpreendente.

Quanto à questão dos repetentes, e do mau aproveitamento escolar, em 200 crianças repetentes dos primeiros anos primários, encontramos uma percentagem bastante regular de bócios e alterações endócrinas. Em 199 que examinamos, encontramos 31 casos de bócio, afora outras alterações endócrinas.

Quanto à etiologia do bócio, é uma cousa discutidíssima. Acha-

mos entretanto estranho, que a insuficiência de iodo fosse a causa exclusiva do bócio aqui em São Paulo. Fizemos a respeito provas terapêuticas em alguns grupos de crianças. Em um grupo delas, eliminamos os focos infecciosos (dentes infectados e estragados, amigdalites, etc.) e também mudamos o seu regime alimentar. Tivemos o prazer de verificar que muitos bócios regrediram completamente, só com este tratamento. Isto vem demonstrar, que o bócio endêmico vai diminuindo à medida que a civilização vai se aproximando, levando os recursos médicos e difundindo os princípios da higiene e profilaxia.

Para terminar, devo dizer, que acho muito louvável o intuito desta Secção de Medicina, em promover estas conferências sobre questões que, muito justamente, agora entre nós, estão na ordem do dia.

Dr. Mesquita Sampaio: Não havendo nenhuma objeção ao meu trabalho para responder, eu peço permissão para uma adenda muito modesta ao que já disse, e inspirado nos conferencistas que me precederam com tanto brilho, dizer mais alguma cousa no que toca o assunto desta reunião. Com referência à exposição do prof. Inácio Lobo, quero revelar um caso do nosso serviço, que se justapõe às referências por ele feitas. Um caso do nosso ambulatório, repetiu em "anima nobile" aquilo que a experiência tem demonstrado, no sentido das ligações entre a hipofise e a tireoide. Trata-se de um indivíduo portador de uma hipotireoidia congênita, com mixedema, e que tem desde os primórdios de sua vida, todos os outros indícios desta moléstia. Este caso nos foi encaminhado pelo dr. O. Rodovalho, e tivemos então nesta ocasião, a surpresa de encontrar no mesmo, um síndrome de acromegalia, (principalmente um aumento acentuado da face, mento, nariz, lábios, pavilhões das orelhas) além de um quadro de tumor da hipófise, com hipertensão craniana. Depois de meditarmos muito sobre o caso, pois o mesmo merecia cuidados especiais, por ser um in-

divíduo ainda em crescimento, optamos após o resultado do exame de fundo de olho pela tireoidoterapia. O exame de fundo de olho (campo visual), havia revelado uma redução para a visão das cores de cerca de 9/10. Inspirados por trabalhos europeus, confirmados por Houssay, de Buenos Aires, decidimos pela tireoidoterapia, e tivemos logo a satisfação de verificar em breve tempo, a normalização do campo visual, paralelamente a uma normalização do metabolismo de base e das manifestações de hipofunção tireoideana que o paciente apresentava. Este caso é muito interessante e vem revelar uma modificação hipofisária certamente de origem hipotireoideana. Foi um caso, que, despertou grande interesse no Congresso de Endocrinologia de Montevideo, realizado no ano passado, e onde o apresentamos.

Na estatística de nosso ambulatório, verificamos um fato digno de registro, que é a incidência das afecções tireoideanas em 50% sobre todas as endocrinopatias. Isto vem justificar o interesse que despertou o estudo do assunto promovido por esta Secção da Associação Paulista de Medicina, pois trata-se de um assunto sempre de atualidade e que é muito frequente em nosso meio.

Com relação ao elemento etiopatogênico, deixo de insistir na questão do iodo. Lembro-me entretanto ainda nitidamente das palavras de J. Bauer, o meu mestre de Viena, que já aconselhava o emprego de iodo como medicação preventiva, do bócio mostrando o quanto este elemento é importante na nossa alimentação.

Em relação às infecções como causa etiopatogênica do hipertireoidismo, quero referir, entre muitos casos, o de uma paciente de nossa clínica, uma moça que no surto agudo de uma infecção amigdaliana, teve um síndrome de hipertireoidismo, do qual se restabeleceu, com a retirada das amígdalas infectadas. Isto vem confirmar o que acabamos de ouvir do dr. Kyrillos, da importância das

infecções focais nestes síndromes. Apenas discordamos, quando ele afirma que as moléstias tireoideanas, regredem com a civilização, pois pelo contrário, o hipertireoidismo é uma moléstia da civilização; apenas o bócio mixedematoso, pode ser considerado como uma moléstia devida à falta de higiene, à carência alimentar, ao atraso da civilização enfim.

Antes de terminar estes comentários, quero lembrar, ao dr. Arruda Sampaio, que está estudando a endemicidade do bócio, que perto de Ribeirão Preto, há um lugar, onde as pessoas que não têm bócio são consideradas doentes, tal a sua frequência. Informação esta, por mim obtida, dos colegas de Ribeirão Preto, em 1936, quando lá estive a convite da Sociedade de Medicina.

Dr. Inácio Lobo: Nada há a responder, a não ser ao que nos disse o dr. Paulo Ribeiro Luz. De fato, no hipertireoidismo, o sangue venoso fica mais oxigenado do que normalmente. Isto, à primeira vista, pode parecer estranho, pois sabemos que no hipertireoidismo há um grande consumo de oxigênio. Mas tudo se explica, através do aumento do volume-minuto, que compensa a menor cessão do gás por unidade de volume.

Dr. Arruda Sampaio: Com referência às verminoses e o bócio, não se pode estabelecer relação direta de causa a efeito, pois a infestação verminótica é uma condição generalizada entre os escolares e o bócio tem distribuição regional; assim, no litoral o bócio quase não existe e o índice de verminose é igual ao do planalto. Entretanto, quero crer, que, sendo a verminose uma das causas de empobrecimento orgânico, ela terá uma certa parte de responsabilidade indireta na incidência do bócio, que sabemos variar com as condições de nutrição.

Quanto à dosagem de iodo, ela é ainda entre nós muito laboriosa e independentemente da nossa vontade, não conseguimos a sua realização. As dificuldades técnicas e materiais do método comumente

adotado são muito grandes no momento. Podemos adiantar, que a a primitiva técnica de dosagem já foi superada entre nós, graças ao

método micro-químico do prof. Fritz Feigl, mas esse método não pôde ainda ser aproveitado para o caso.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 21 DE MAIO

Presidente: DR. JOSÉ RAMOS JÚNIOR

Radioterapia no hipertireoidismo — DR. ROXO NOBRE — O autor passa em revista as interpretações atuais sobre o modo de ação da radioterapia nos tecidos tireoidianos, concluindo, de acordo com os estudos experimentais modernos, por uma ação depressiva sobre o tecido glandular hiperfuncionante.

A orientação terapêutica que exclue a tentativa de destruição do elemento hipertrofico glandular, dá à radioterapia do hipertireoidismo a segurança de um tratamento não agressivo.

Não se pretende segundo o A., obter os resultados de uma tireoidectomia incruenta por meio dos R. X. A irradiação sistemática, em doses fracionadas, promove uma redução do elemento mais radiosensível na glândula hiperfuncionante, que é exatamente a dos elementos hipertrofiados da glândula.

O A. expõe minuciosamente as pesquisas de Jugenburg e Schlepakow nos cães basedowizados por ingestão de "tireocrine". O estado desses animais submetidos a tratamento radioterápico, permitiu uma documentação muito perfeita, do ponto de vista exposto.

O A. passa a referir a orientação radioterapêutica mais adequada, pelas doses fracionadas, que permite hoje, um tratamento praticamente isento de riscos. Refere ainda a associação da irradiação sobre campos hipofisários e sobre a cadeia simpática dorso-lombar, ressaltando a importância deste último recurso na distonia neurovegetativa que acompanha sempre o hipertireoidismo.

Passa a se referir ao problema das disendocrinias com comprometimento, principalmente de tireóide e ovários, que constitui segundo

sua observação, grande porcentagem de casos de desvios menstruais que se apresentam nos serviços de ginecologia. Refere ainda, neste terreno, a observação de casos clínicos, com a correção de sintomas ovarianos e mesmo de esterilidade, observada anteriormente por muitos anos.

Depois de referir a redução progressiva do número de contra-indicações da radioterapia no hipertireoidismo, que se limitam hoje aos casos em que a compressão pelo bócio exige um tratamento de urgência, comenta o interesse que existe em limitar o tempo de tratamento radiológico.

A radioterapia e a tireoidectomia são hoje os recursos fundamentais na terapia do mal de Basedow. A aplicação oportuna de cada uma dessas indicações e, em certos casos, a associação destes dois tratamentos permitem o máximo de resultado que a medicina pode oferecer no tratamento do hipertireoidismo. Passando em revista os resultados da radioterapia no hipertireoidismo o autor projeta uma compilação de estatísticas dos maiores serviços de radioterapia, apresentando em conjunto um número de observações em 16 758 casos, que em resumo referem o seguinte: Total: 16 758 casos. 83% resultados positivos. 17% sem resultados positivos. Termina comentando suas próprias observações num total de 148 casos.

Terapêutica clínica do hipertireoidismo — DR. JAIRO RAMOS — Primeiramente devemos chamar a atenção para a dificuldade em se abordar semelhante tema, dificuldade esta que advém do próprio fato de não existir um tratamento clínico para o hipertireoidismo. O chamado tratamento clínico do hi-

pertireoidismo, nada mais é do que um preparatório para uma terapêutica mais adequada, que é a cirurgia ou a radioterápica. De nossa parte, adiantamos desde logo, que somos francamente partidários da terapêutica cirúrgica.

O hipertireoidismo, é uma moléstia cíclica, o que explica a facilidade ou a dificuldade com que se obtêm bons ou maus resultados com o tratamento clínico, pois a crise pode ceder ou aumentar por si só durante o tratamento, dando então resultados falsos. Vários casos de nossa clínica, podemos citar em que observamos este fato, aparentemente antagônico, de doentes em um estado não muito grave, piorarem durante o tratamento e outros em estado grave, melhorarem. Isso tudo se explica pela periodicidade desta moléstia.

Como deve ser orientado o tratamento clínico do hipertireoidismo, com o fim de preparar o doente para o ato cirúrgico? Devemos seguir as seguintes regras: 1.º) Repouso completo tanto físico como psíquico, principalmente psíquico, durante vários dias, ou mesmo prolongado por vários meses; os alemães, aconselham repouso completo em quarto escuro, durante muitos meses. Esta condição é muito difícil de ser seguida, porque os doentes são, por natureza, nervosos e agitados, e raramente acedem de boa vontade à esta condição. 2.º) O quarto em que se encontra o doente deve ser bem ventilado, porque os hipertireoides são doentes excessivamente calorentos. 3.º) Dieta alimentar apropriada e abundante. A grande quantidade de proteínas, facilita a fixação do glicogênio hepático, o que é muito importante no pré-operatório. Os líquidos devem ser dados em abundância, principalmente caldos açucarados, como laranjadas, limonadas, etc. e quando necessário, deve-se usar qualquer via de introdução. As comidas muito gordurosas devem ser afastadas, porque elas atuam sobre o apetite, diminuindo a vontade do doente em se alimentar. Quando houver concomitantemente uma outra moléstia, como por

exemplo uma disenteria, em que é necessária uma dieta, esta não deve ser muito rigorosa, para não prejudicar a nutrição do paciente.

Quando o estado do paciente o exija, por um excesso de nervosismo, ou por insônia, devemos usar os sedativos, como os bromuretos os barbitúricos, o Belergal, e para os casos mais graves, usamos o ópio e a morfina.

Em todo este tratamento, um elemento é essencial: o iodo. Iodo não cura, mas controla os sintomas e evita as recaídas atrazando-as. Entretanto o seu contínuo uso não impede que as crises periódicas apareçam, mas quando elas sobrevêm, o iodo faz com que a sua intensidade seja mais branda. O iodo é o elemento mais precioso de que o cirurgião pode lançar mão em um pré-operatório.

Hoje em dia, está demonstrado que o iodo age diretamente sobre a glândula tireóide, pois com a terapêutica iódica, muda-se completamente o quadro histológico desta.

Fala-se também em perigos na administração de iodo. Entretanto essa questão é ainda hoje muito discutida. Na Clínica Mayo, reina a opinião, que o mal da terapêutica iódica está em dar iodo em doses muito pequenas ou então não dar iodo. Outros AA. crêm que o iodo é desfavorável quando se trata de bócio nodular. Todos estes casos são muito difíceis julgar, porque se deve levar em consideração as diferenças regionais que têm influência. Podemos concluir a respeito desta questão, que existem alguns casos em que o iodo é prejudicial, mas são casos raros, e torna-se difícil dizer se de fato foi o iodo a causa da piora. O iodo sempre age pela melhoria do quadro clínico, mas há alguns casos raros, em que ele "age pelo absurdo", piorando o quadro.

Uma vez concluída pela indicação do iodo nestes casos, podemos verificar que este metalóide age, antes de tudo, trazendo uma diminuição evidente do metabolismo; diminui a frequência do pulso; faz aumentar o peso; diminui a su-

doração; torna o bôcio mais consistente e mais duro, pelo armazenamento de grande quantidade de colóides. Às vezes, faz mesmo desaparecer o bôcio. Outras vezes, a continuação da administração do iodo não impede uma crise, porque as crises são cíclicas. Alguns autores, acham que nestes casos, de crises, durante o tratamento pelo iodo, a administração de um pouco mais de iodo, melhoraria a crise. Devemos chamar a atenção para os casos em que há uma idiosincrasia ao iodo.

Quanto à dosagem em que se deve administrar o iodo, é uma coisa muito discutida. Parece-nos que a melhor dose é a de 0,006 grs. de iodo diárias. Podemos usar o lugol, como o fazemos comumente, dando-se neste caso, 30 gotas de lugol por dia de preferência, doses pequenas, como por exemplo, 5 gotas de 4 em 4 horas, o que vai perfazer a dose de 0,006 grs. diários.

Alguns autores empregam o fluor, e segundo dizem, com sucesso, mas não temos experiência a respeito. Também a vitamina A, é aconselhada por muitos autores. Em nossa clínica, temos um caso em que obtivemos bons resultados com um tratamento apenas pela vitamina A, mas cremos que se trata de um caso excepcional.

Qual deve ser o tratamento médico a ser dado a um hipertireoideo cardíaco? Frequentemente o hipertireoideo se torna cardíaco, apresentando perturbações tais para o lado do coração, que podem levar o indivíduo à morte. A regra de tratamento a ser administrado nestes casos, é quasi a mesma que se usa para os cardíacos comuns, isto é, não hipertireoideos. Administra-se a digitalina ou o estrofanço, pois tanto um como o outro, dão ótimos resultados. Nos casos mais graves, administramos a glicose em solução hipertônica. Quando houver fibrilação, não se pode usar a quinidina, porque os hipertireoideos são muito resistentes à ela. Entretanto verifica-se que a operação de tireóide faz desaparecer a fibrilação; em todos os casos, que tivemos ocasião de observar, de hi-

pertireoideos com fibrilação. e que eram resistentes à quinidina, este estado cardíaco se resolveu com a operação. Como regra para estes casos, deve-se observar o seguinte: "quando o hipertireoideo é também cardíaco, a operação deve ser realizada o mais depressa possível, porque ela traz melhoras não só para o estado tireoideo do paciente, como também para o seu estado cardíaco.

Caso o hipertireoidismo se instale durante a menopausa, então ele merece cuidados especiais. O mesmo podemos dizer, quando ele se instala durante a menarca. Neste caso, o paciente não deve ser imediatamente operado, mas deve esperar condições mais propícias. No período da gestação, também os indivíduos de constituição hipertireoidea, passam mal, e nestes casos, temos necessidade de um estudo minucioso, para se orientar uma terapêutica que não venha prejudicar o paciente. De nossa parte considero de muito mau alvitre, intervir sobre a tireóide durante o período da gravidez.

Para encerrar esta questão, devemos ainda nos lembrar da possível existência de distúrbios da tireóide por hiperfunção hipofisária, quando então a terapêutica que se deve seguir, é ainda mais complicada. O nosso tempo já esgotado, e não permite que tratemos deste aspecto da questão.

Tratamento cirúrgico do hipertireoidismo — PROF. ALÍPIO CORREA NETO — Sabe-se, há muito, que a tireóide tem duas propriedades perfeitamente conhecidas: ela atua sobre a metamorfose (evolução) e sobre o metabolismo. É esta última função da tireóide que nos interessa mais no momento, porque é ela que explica a sintomatologia do hipertireoidismo, que, podemos dizer, é uma afecção que atinge cada célula e todas as células do organismo.

Há várias modalidades de hipertireoidismo. A moléstia de Basedow, apanha quasi sempre as pessoas em idade mais jovem, e portanto, a sintomatologia mais ber-

rante vai ser a nervosa, porque nas idades jovens, os aparelhos circulatórios e respiratórios têm uma grande labilidade, e se adaptam facilmente ao novo estado de cousas. Nêstes casos predominarão os sintomas nervosos, que se manifestarão por uma maior sudoração, tremores, taquicardia, etc. Quando, entretanto, há uma hiperplasia da glândula, a evolução já é mais demorada, e êstes casos incidem justamente em indivíduos de idade mais avançada, sendo portanto os sintomas predominantes os sintomas circulatórios, pois o coração vai estranhar o aumento de trabalho, ao passo que os sintomas nervosos, serão menos intensos, pois nesta idade o sistema nervoso é menos irritável. Há assim uma diferença clínica grande nêste aspecto da questão. Mas qualquer que seja o quadro clínico, desde que haja uma hipersecreção da glândula, o melhor tratamento é o cirúrgico, que consiste em fazer a operação de modo a deixar apenas 2/10 da glândula. Note-se, que se deve deixar 2/10 da glândula normal do paciente, e não da glândula em estado patológico, pois se esta fosse muito aumentada, correríamos o risco de deixar o mesmo estado de hipertireoidismo, mesmo depois da operação.

Esta nossa opinião é reforçada pelo modo de pensar de vários autores que têm estudado muito esta questão. Assim, Thompson, é de opinião que a terapêutica cirúrgica é o melhor tratamento para o hipertireoidismo. Craig, acha que apesar de todos os outros meios terapêuticos, não existe uma medida, que se aproxime em eficiência do tratamento cirúrgico. Para provar isto, demonstra por meio de estatísticas, que a mortalidade mediata com a terapêutica cirúrgica, é menor do que com as outras intervenções; além disso, a sobrevida é também maior.

Quando deve ser aplicado o tratamento cirúrgico? O tratamento cirúrgico não dispensa o tratamento clínico, nem mesmo a radioterapia, porque êstes são os processos, por meio dos quais conseguimos colocar o doente em condições de ser ope-

rado. Muitas vezes, êles suprimem a crise, auxiliando assim sobremaneira o ato cirúrgico.

Qual a ocasião mais oportuna para realizar a intervenção cirúrgica? A indicação fundamental, é que se deve aproveitar a ocasião em que houver a melhoria clínica mais intensa. Assim sendo, a cirurgia do hipertireoidismo, nunca é uma cirurgia de urgência; pelo contrário, os doentes, devem ser rigorosamente preparados. Os doentes muito emotivos ou muito fracos, não devem ser operados nestas condições. O mesmo se pode dizer do paciente que acuse um metabolismo de +60. Quando houver descompensação cardíaca, o doente deve ser antes de tudo compensado. Só tomando todos êstes cuidados, é que se consegue colocar o doente em condições ideais de operabilidade.

Podemos tomar como base para o pré-operatório, os seguintes cuidados: administração de iodo; repouso, que, se necessário, se deve prolongar por muitos meses; calmantes, para os doentes muito excitados, podendo ser usado por exemplo, o luminal. Sempre é o conjunto do quadro clínico que resolve a época e a conveniência ou não de uma intervenção cirúrgica sobre a tireóide. Não nos devemos nunca basear apenas num ou noutro sintoma discrepante. Assim, por exemplo, o metabolismo basal pode ser muitas vezes elevado, estando entretanto os outros sintomas em regressão, pode-se realizar o ato cirúrgico, pois não se pode esperar que todas as condições ideais sejam alcançadas de uma maneira matemática. Mesmo quando a crise é muito grave, e por nenhum meio conseguimos que o doente entre em condições ideais para sofrer o ato cirúrgico, ainda aqui a cirurgia pode encontrar indicação, desde que se façam operações seriadas. Os doentes podem mesmo ser operados em 4 vezes ou mais, fazendo-se nêstes casos de cada vez uma ligadura das artérias tireóideas, ou então extirpando de cada vez uma pequena porção da glândula.

Aconselhamos que não haja nenhuma pressa, mas também não se

deve perder tempo inutilmente, pois o doente ficando em preparação para o ato cirúrgico muito tempo, ingerido iodo em excesso, corre perigo de ter serios riscos post-operatórios.

Passamos agora a tratar do post-operatório. No post-operatório notamos desde logo modificações que nos chamam a atenção. Assim, notaremos modificações da voz, quando são lesados no ato cirúrgico. Os nervos que innervam os músculos intrínsecos da laringe, e que são os nervos laringeo superior e laringeo inferior. Podemos ter também um hipertireoidismo post-operatório, que já se está tornando uma raridade, pois já se está tornando hábito entre nós, submeter-se tais pacientes sempre sob o controle de um clínico experimentado, que é capaz de evitar todos estes acidentes. Quanto à hemorragia, que era tão frequente, devido à intensa vascularização da glândula, está tendendo a desaparecer, em virtude do uso de bisturis elétricos. Também com ligaduras cuidadosas, conseguimos evitar este acidente.

Quanto às recidivas que se observam no post-operatório, são as mais comuns. Elas podem ser devidas a uma tireóide anormal situada dentro do tórax, ou devido a um temperamento hipertireoideo. Naturalmente, aqui, já subentendemos que o cirurgião retirou suficiente quantidade de tireóide.

Como conclusão devemos frisar a propriedade com que esta Secção vem realizando estas reuniões especialidades para o estudo do hipertireoidismo com o que muito lucraremos no futuro, seja do ponto de vista cirúrgico da questão ou do ponto de vista de outras possíveis terapêuticas.

Comentários: Dr. Luciano Décourt: A respeito do tratamento radioterápico, desejamos uma informação do dr. Roxo Nobre acerca do que seja essa "tireocrina" expressão que não conhecemos e sobre a qual fazemos 2 suposições: 1.º) que se trate do hormônio tireotrópico hipofisário, mas se assim for não se compreende a experiência

feita, pois, sendo uma substância de natureza protéica, administrado por via oral, como foi feito, será destruído no estômago; 2.º) caso se trate da secreção tireoidiana, não terá ação sobre a tireóide, ou antes, a deprimirá, pois, bem sabemos que as secreções de uma glândula não têm capacidade de estimular a função dessa glândula. A respeito do mioxedema post-radioterápico, observamos o caso de uma mulher com hipertireoidismo que, submetida aos raios X, apresentou logo depois um mixedema. Achamos que esse fato, entretanto, não diminui os méritos da radioterapia nas afecções da tireóide, pois, como já foi acentuado, o hipotireoidismo é fácil e perfeitamente controlado por meio dos preparados de tireóide.

A respeito da conferência do prof. Jairo Ramos gostaríamos de fazer algumas considerações: acentuou ele que o iodo deve ser usado somente como tratamento pre-operatório. Isso é certo em 99% dos casos; existem, entretanto, hipertireoidismos leves, de pequena gravidade, nos quais o tratamento iodado é o suficiente, não sendo necessária a intervenção. É verdade que esses casos são relativamente raros, mas existem. Prova disso possuímos, pois, tivemos há cerca de 4 anos, uma paciente que tratada somente com iodo, está, até hoje, passando bem, tendo se casado e tido 2 gravidezes normais. Aliás, Means, em seu magnífico livro, cita casos de cura somente com o iodo. Obteve numa série de 24 pacientes, 9 curas, percentagem altamente satisfatória.

A respeito da alimentação, acentua o prof. Jairo a necessidade de se dar grandes quantidades de proteínas. Devemos certamente administrar alimentos protéicos, mas pensamos que eles devem ser dados em quantidades suficientes e não em grandes quantidades, pois, quando em excesso, irão estimular a função da tireóide (que se quer deprimir) e aumentar o metabolismo pela sua ação específico-dinâmica.

A dose de iodo a ser administrada é o problema de maior interesse e onde as opiniões muito divergem.

Somos partidários das pequenas doses; nunca usamos mais de 9 gotas (geralmente de 3 a 6) ao dia. A respeito da dose ótima de iodo devemos considerar os trabalhos de Thompson e Brailey, graças aos quais ficou demonstrado que a administração de 1 gota da sol. de lugol (6 mgrs. de iodo) diariamente, produz os mesmos resultados que um número muito maior de gotas; a dose diária deve ainda ser dada o mais fracionadamente possível, como já acentuou o prof. Jairo. Queremos crer também que as doses efetivas variam conforme os doentes, isto é, que devemos ainda considerar o fator individual.

Pensamos que é possível explicar as crises de hipertireoidismo, durante o tratamento iodado, de modo diverso. Não sabemos com certeza como age o iodo sobre a tireóide; quer-nos parecer que a explicação mais exata é a sugerida por Marine, segundo o qual o iodo age mecanicamente, retendo o colóide, e, portanto, o hormônio, dentro dos ácinos, os quais, por isso durante o tratamento, apresentam, histologicamente, o aspecto de todos conhecido. Ora, essa retenção só é possível até um certo ponto, e depois, não podendo persistir o aprisionamento do colóide passa o hormônio à circulação, e sobreveem a crise.

Quanto ao caso de acromegalia e hipertireoidismo, bastante interessante aliás, pensamos não ter sido a prolactina a responsável pelo maior desenvolvimento dos seios, pois, esse hormônio só tem ação sobre a secreção látea e não sobre o crescimento mamário.

Desejariamos, finalmente, conhecer a opinião do prof. Jairo a respeito da ação dos boratos no hipertireoidismo.

Quanto à palestra do prof. Alpino, notamos que, talvez por um lapso, afirmou que não Basedow haveria simplesmente hipertireoidismo — excesso do hormônio normal — enquanto no adenoma tóxico haveria elaboração de uma secreção qualitativamente anormal. Ora, Plummer, que admitia tal distinção entre o Basedow e o adenoma tóxico, afirmava justamente o con-

trário; todavia, modernamente essa distinção não é mais aceita.

Quanto à questão da dose, já a discutimos neste comentário, de modo que não voltaremos ao assunto.

O prof. Alpino defendeu, por outra parte a unidade patogênica do hipertireoidismo, incluindo nele a doença de Basedow. Ora, quanto ao Basedow isso não procede: o hipertireoidismo é um sintoma dessa síndrome. O exoftalmo, por exemplo, quasi sempre presente, não pode ser produzido, experimentalmente, pela administração de tireóide; é entretanto, facilmente conseguido por meio da injeção de extratos de hipófise anterior, conforme demonstraram Schockaert e Loeb.

Marine verificou ainda que a tireoidectomia facilitava o aparecimento do exoftalmo assim produzido, e que a administração de tireóide o fazia desaparecer ou diminuir. Esse autor chegou mesmo a concluir: "a presença do exoftalmo no Basedow depende de 2 fatores: insuficiência tireoidiana e hiperfunção hipofisária". A fraqueza muscular, creatinúria, acloridria e pigmentação, frequentemente encontrados, seriam, para muitos, sinais de insuficiência da cortex suprarrenal. Vemos, pois, que a patogenia do Basedow ainda não se encontra perfeitamente esclarecida.

Dr. Atílio Flosi: Desejava saber se o prof. Jairo Ramos tem alguma experiência a respeito da substituição do ion K pelo ion Na na solução de iodo administrada aos hipertireóides, e qual os resultados desta experiência. Tive a atenção chamada para este fato, porque no hipertireoidismo, aparecem com frequência sintomas de insuficiência suprarrenal, havendo uma queda da taxa de Na e aumento da taxa de K no sangue. Também desejo saber se na terapêutica do hipertireoidismo, não se poderia fazer, em raros casos, é verdade, uma terapêutica heteróloga, inibindo também a hipófise, graças à ação dos hormônios sexuais. Quanto à questão da crise, ela bem poderia ser explicada da seguinte maneira:

A crise não aparece em animais dos quais se retirou a hipófise, e daí vem a possibilidade da crise ser dada por uma excitação da hipófise, talvez mesmo pelo próprio iodo, havendo uma maior elaboração de tireo-estimulina. Quanto à questão da tireoidectomia, no último congresso internacional sobre o bócio, há um trabalho muito bem documentado, que indica para o hipertireoidismo da criança, a tireoidectomia sub-total, que, conforme ficou bem demonstrado, não prejudica o crescimento, pois é possível, de qualquer maneira, realizar o controle terapêutico pela tireoidina.

Dr. Ulisses Lemos Torres: O dr. Luciano Décourt no seu comentário falou de um caso, que observou, de mixedema em uma paciente muito ativa e inteligente. Isto me parece antagônico, pois, sabemos que um dos sintomas do mixedema é o embotamento psíquico. Quanto à questão do iodo reter o colóide na glândula, somente pode ser na moléstia de Basedow, enquanto no adenoma tóxico ele, ao contrário, omobiliza. Também disse que o hormônio do Basedow era um hormônio modificado. Se tal admitissemos, já não poderíamos falar em hormônio, e sim numa substância tóxica. Porém, hoje admite-se que, o que há no Basedow, é uma hipersecreção do hormônio normal da tireóide.

Dr. Mário Yahn: Os cirurgiões frequentemente têm apenas um trabalho de uma maneira muito concreta, reduzida, por assim dizer, quasi que exclusivamente, ao ato cirúrgico. Nem sempre acompanham os seus doentes, após passado o período operatório, e ficam privados de avaliar de suas condições post-operatórias tardias, que muitas vezes não são muito favoráveis. Trabalhando em uma Casa de Saúde desta Capital, por onde já passou um total de 1 000 doentes entrados, num período de mais ou menos 10 anos, a verificação dos quadros nosográficos nos revelou que 5 dos doentes entrados, nos procuraram, por perturbações mentais, filiadas primária ou secundariamente às perturbações da glândula tireóide. Dois destes casos,

eram devidos ao hipertireoidismo, e tinham distúrbios psíquicos ou emocionais próprios dele. Outro destes casos, era um síndrome depressivo, que pudemos comprovar sua filiação ao hipotireoidismo, e que cedeu pela aplicação de hormônio da tireóide. Finalmente, os outros eram casos devidos ao tratamento cirúrgico, isto é, um estado que só apareceu após o ato operatório. A respeito podemos adiantar que os cirurgiões que intervieram nesses doentes, são muito conhecidos no nosso meio e extremamente competentes. Um dos doentes, deu entrada com crises de alucinação e confusão mental mas havia também cianose das extremidades com contrações tetânicas e crises epiléticas. Tinha sido operado da tireóide 6 meses antes: este doente, tendo dado entrada no hospital em estado muito grave, faleceu antes que tivéssemos podido resolver qualquer coisa a respeito. Isto foi em 1936 ou 1937. Há poucos meses tivemos ocasiões de receber um outro doente, que também tinha sido operado da tireóide, por cirurgia muito distinta e de competência a toda a prova. Tinha já sido operado da tireóide a primeira vez em fins de 1941. Logo depois teve uma recidiva e foi levado novamente à mesa operatória em fevereiro de 1942, que passou a ter após o distúrbios, que se assemelhavam a distúrbios hipoparatiroides. Quando o recebemos apresentava crises convulsivas, que cederam como luminal e com o cálcio por via venosa (2 grs. cada 24 horas). Bastava entretanto uma diminuição da dos e de cálcio para que as crises recommencessem. Quanto ao hormônio paratiroidiano usado, não pudemos verificar qualquer benefício que possa ter advindo doseu emprego.

Estes dois últimos casos nos fizeram pensar nas paratiroides. Dada a competenciados cirurgiões que realizaram o ato cirúrgico, não podemos crer absolutamente em uma extirpação acidental das paratiroides. Como explicar então estas crises tardias post-operatórias em tudo semelhantes às que se observam na ablação das

paratireóides? Quer me parecer que este assunto deve ser encarado quando se estuda o post-operatório dos operados de tireóide.

Dr. Roxo Nobre: Quanto à informação pedida pelo dr. Luciano Décourt, posso apenas dizer que procurei como me foi possível, verificar qual o produto que corresponde à denominação de "tireocirina". Os únicos dados que consegui obter, e o que deduzi do próprio trabalho dos autores (Jugenburg e Schlepakow), é que se deve tratar de um extrato de procedência tireodiana, provavelmente apresentada sob o nome de tireocirina debaixo de uma denominação comercial.

No que se refere à capacidade dos extratos tireoidianos em aplicação "per os", produzirem um estado de hipertireoidismo, é fato conhecido. Quanto à permanência desses estados, após a supressão do uso dos produtos, só a experimentação pode infirmar as observações dos autores referidos. A referência do trabalho, pareceu-me todavia digna de comentário dada a meticulosidade de documentação que apresenta. O referido artigo foi publicado na *Strahlentherapie*, volume 59, n.º 1, maio 1937, pgs. 60 à 82, que ponho com muito prazer à disposição do prezado colega.

Quanto ao problema apontado pelo comentarista do aparecimento de mixedema após o tratamento radioterapêutico, dos hipertireoidianos, posso dizer que não se trata de uma eventualidade, considerada inteiramente inexistente, mas que se apresenta atualmente em percentagem tão ínfima que, praticamente, se pode considerar afastada das estatísticas modernas. Direi mais, que em nossos 148 casos de observação, não tivemos oportunidade de observar nenhum caso sequer.

Como comentário às outras conferências que ouvimos, parece-me de muito interesse ressaltar alguns pontos de vista:

Não concordo, por exemplo em que se possa realmente considerar, em todos os casos de hipertireoidismo, a cirurgia como única terapêutica definitiva; aliás, embora pareça haver alguma boa vontade nesta interpretação pessoal, notó

que, neste particular, há até certo ponto, bastante afinidade entre a minha opinião e, pelo menos, a da cirurgia, defendida pelo prof. Alípio Corrêa Neto, que compreendeu, como nós compreendemos, quanto é importante, no momento decisivo de aplicar uma terapêutica ao hipertireoidismo, a colaboração oportuna e bem orientada.

Não me parece, por exemplo, que num número elevado de formas frustas de hipertireoidismo que nos vem ter às mãos, entre em linha de conta a indicação de uma terapêutica agressiva. A nossa experiência nesse particular é bastante grande. Na extensa casuística de perturbações ovarianas com desvios menstruais, que nos vem ter às mãos, comumente, na enfermaria de ginecologia do prof. Moraes Barros, e na nossa clínica particular, temos tido oportunidade de verificar, em muitos casos, metabolismo basal elevado, além de outros indícios clínicos de uma participação nítida de um estado de hipertireoidismo frusto nos referidos desvios glandulares.

Estas formas e outras já bastante estudadas por Pordes e muitos outros autores, de hipertireoses ósio-sintomáticas, muitas e muitas vezes temos visto cederem por ação do tratamento clínico não só no que se refere aos fenômenos hipertireoidianos, mas nas complicações ovarianas que as acompanham. Estas formas moderadas bastariam para fornecer um grande material clínico susceptível de tratamento não cirúrgico do hipertireoidismo. Além disto, as estatísticas estão aí para demonstrar as percentagens elevadas de cura do hipertireoidismo mesmo em forma avançada, tratadas clinicamente. Concordo em que o tratamento radioterapêutico, não deve e não pode ser eternizado na cura de alguns casos mais rebeldes; está exatamente nisso a importância da boa orientação terapêutica: — isto é: no estudo da oportunidade de indicação de cada um dos recursos de que se dispõe atualmente. Não há dúvida de que a orientação clínica está nesse caso como em tantos outros em não tomar posição rígida e intransigente em face

de problemas médicos e biológicos sujeitos à infinidade de alternativas.

Prof. Alípio Corrêa Neto: O dr. Yahn citou casos interessantes de crises tetânicas tardias, após a operação do hipertireoidismo. Esta questão é muito interessante, e se não a tratei em minha conferência, foi por absoluta falta de tempo. De fato, é mais, ou menos comum o aparecimento do hipoparatiroidismo post-operatório, mesmo quando o cirurgião toma o máximo cuidado com as paratiroides no ato cirúrgico. Estes acidentes com as paratiroides devidos ao ato cirúrgico, podem ser de dois tipos: imediato e tardio. Os primeiros, são devidos à ablação das paratiroides, e raramente tem cura. Quanto às crises tardias, elas têm uma explicação muito interessante. Assim, vejamos: O doente pode ser operado de duas maneiras, por ligadura de todas as artérias tireoideanas ou apenas por ligadura das artérias tireoideanas superiores. Esta última técnica é, a meu ver, a técnica mais apropriada. Mas, quando se adota o primeiro método de pinçar as artérias tireoideanas, as paratiroides têm a sua irrigação prejudicada, porque a sua nutrição se faz por meio das artérias tireoideanas inferiores. Portanto elas entram em degeneração que se vai fazendo lentamente, e assim vamos ter, no futuro, uma hipofunção dessas glândulas. Ao mesmo tempo vai haver uma cicatrização reparadora e o tecido frouxo que vai substituir a parte da glândula que entrou em regressão, também vai comprimir a glândula, pois ele sofre retração. Creio que assim ficou bem esclarecida esta questão.

Quanto ao dr. Luciano Décourt afirma ele que eu confundi tireoidismo primário com o secundário. Realmente eu não os confundi; o

que eu disse, foi apenas, que existe as duas formas, o Basedow e o adenoma tóxico, e que, em um deles há entretanto sendo abandonado, porque não influe em nada uma vez que o conceito final é apenas o de hipertireoidismo, qualquer que seja a sua causa.

Dr. Mário Yahn: Agradeço ao prof. Alípio Corrêa Neto a sua clara explicação do assunto relacionado com os acidentes taráuis de hipofunção paratiroides em operados da tireóide.

Ao dr. Jairo Ramos, disse, a seguir, o prof. Alípio, apenas tenho a dizer que eu não tenho culpa de os doentes a que me referi, terem caído em minhas mãos e ter eu de resolver o seu problema que deveria também ser o problema do operador. Não quis absolutamente criticar o tratamento cirúrgico, que me parece ser mesmo o mais adequado, pois apenas pedi a explicação para um fato que eu havia observado e que está relacionado com esta questão. Quanto ao termo "louco" empregado pelo, dr. Jairo Ramos, tenho a dizer que este termo é desconhecido ou pelo menos não é usado entre nós psiquiatras. Temos outros termos, como psicótico ou psicopata que são muito expressivos e que nos satisfazem plenamente. Além de tudo, os doentes a que me referi, não eram "loucos"; podia um deles ter alguma cousa de doente mental, tal seria a sua alucinação, mas o que prevalecia no quadro clínico eram os distúrbios da hipofunção das paratiroides. Com muito boa vontade, seriam talvez incluídos no campo da Neurologia, mas não no da Psiquiatria exclusivamente, pois eles apresentavam, de fundamental, crises epilépticas e manifestações tetânicas, nitidamente devidas a perturbações das paratiroides.

TRANSPULMIN



Homburg

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE MAIO

Presidente: DR. JOSÉ ROSEMBERG

Sobre as toracoplastias de Monaldi — DRS. JOAQUIM REIS JÚNIOR, DÉCIO DE QUEIROZ TELES e CAIO CELIDÔNIO — A toracoplástica de Monaldi, consiste, como todos nós sabemos, na anulação da dominante antero-lateral do mesmo autor, com prévia paralisa do diafragma.

Dissentimos do valor dêsse método colapsoterápico à luz dos modernos princípios da físiomecânica pulmonar, e na base da tese por nós defendida, nesta mesma Secção de Tisiologia, meses atrás sob o título: "Da importância da localização lobar das lesões na indicação dos métodos colapsoterápicos". Concluimos nessa ocasião, o seguinte:

a) o pulmão não constitui um todo elástico homogêneo sofrendo em qualquer parte igualmente, os efeitos da distensão estática e dinâmica normais;

b) as lesões que se situam no segmento antero-superior do pulmão, experimentam sobretudo os malefícios produzidos pelo traumatismo estático, enquanto as lesões que se situam no segmento póstero-inferior do pulmão, experimentam sobretudo os malefícios do traumatismo dinâmico;

c) assim sendo, não se pode mais manter a sequência colapsoterápica outrora em moda, de se fazer primeiro o pneumotórax depois a freni e depois a tórax.

d) a indicação dos métodos colapsoterápicos não pode prescindir da prévia localização lobar e deve decorrer dessa localização;

e) a sequência colapsoterápica, varia para cada segmento do pulmão, devendo-se caminhar progressivamente dos métodos mais inócuos para os mais mutilantes, mas, diferentemente, conforme se trate de lesões do lobo superior ou do lobo inferior.

Pois bem, o método de Monaldi não cogita da localização lobar das lesões.

82)

Consideremos primeiramente a sua aplicação nas lesões do lobo superior. Sabemos que as lesões dêste segmento do pulmão estão sujeitas predominantemente ao traumatismo estático, porque:

1.º) o pulmão ocupa um segmento torácico de volume muito maior do que o seu próprio volume, e portanto, está permanentemente distendido à custa de sua própria estrutura;

2.º) a excursão costal neste sector é mínima, e, consequentemente, as lesões aí localizadas, terão reduzidas ou anuladas as suas inferioridades mecânicas ou pelo afastamento do pulmão da parede (pneumotórax ou pneumotórax extra-pleural) ou pela redução de volume do tórax (toracoplastia).

Ora, o método de Monaldi, não reduz suficientemente o volume do tórax. De fato, de acordo com o método de Monaldi são seccionadas pequenas porções anteriores das costelas. Ainda mais, a paralisa do nervo frênico, agrava as condições mecânicas normais do lobo superior, pois que determina a inversão do tipo respiratório, demandando ao traumatismo estático a permanente, o traumatismo dinâmico que surge com a maior amplitude da excursão costal, até então mínima ou nula.

Consequentemente, a toracoplastia de Monaldi quando aplicada em lesões do lobo superior, é, em primeiro lugar, ineficiente, porque não reduz o volume da caixa torácica e portanto não reduz o traumatismo estático, e, em segundo lugar, é prejudicial, porque invertendo o tipo respiratório, cria um traumatismo dinâmico, que agrava a situação mecânica anterior.

Quanto ao lobo inferior, só sabemos que é menos distendido estaticamente, porque ocupa no tórax um volume quasi igual ao seu próprio volume e que se desloca mais no sentido vertical sob a ação do diafragma, sofrendo portanto predominantemente o traumatismo

dinâmico. Nestas condições, a toracoplastia de Monaldi, quando indicada para lesões do lobo inferior é exagerada, porque somente a paralisia do diafragma é suficiente para a cura das lesões com esta localização, sendo inútil a ressecção de costelas da parte superior do tórax.

Comentários: Dr. Rui Dória: Estou inteiramente de acôrdo com as conclusões a que chegaram os AA. do trabalho que acaba de nos ser apresentado. As minhas experiências sobre a operação de Monaldi, são um pouco maiores, pois, até 1936, eu resolvia pela operação de Monaldi, são um pouco maiores, pois, até 1936, eu resolvia pela operação de Monaldi todos os casos graves que não podiam ter outra indicação. Mas, depois de 1937, quasi que cessei completamente de fazer esta operação, apesar de ter conhecimento de muitos resultados bons que foram obtidos com a sua prática.

A minha experiência se resume em 13 casos e todos eles faleceram. A indicação era formal para quasi todos, pois apenas um deles é que comportava talvez a indicação de um pneumotórax extra-pleural, mas, o doente não o quis fazer. Foi feita então a operação de Monaldi, tendo o doente falecido em consequência da operação.

Esta operação produz um verdadeiro "desmantelamento" do tórax, produzindo perturbações funcionais muito sérias. Em si a operação é muito benigna, tanto que os doentes podem sair andando da mesa cirúrgica; as, mas suas consequências mediatas podem ser más. Entretanto, já os perigos imediatos que dela podem decorrer são suficientemente grandes para afastá-la da terapêutica corrente de colapso. Além disso, são muito sérias as complicações tardias, principalmente quando não são boas as condições mecânicas do tórax do outro lado.

Conforme já me referi, a minha estatística sobre esta operação, é

de 100% de desastres, se bem que deva levar em consideração que todos os meus casos eram, quasi que na sua totalidade, casos gravíssimos e evolutivos que não comportavam outra indicação. Cheguei à conclusão portanto, que é uma operação que não tem razão de ser. Talvez que, em caso de uma lesão anterior, situada logo abaixo das costelas, se pudesse tirar benefícios com esta operação, mas creio que mesmo nêstes casos, o seu uso não é aconselhável, porque o desossamento anterior do tórax é muito mais perigoso que o desossamento posterior.

Uma cousa que precisa ficar definitivamente assentada, é que foi a prática que afastou do campo da terapêutica a operação de Monaldi, porque, teroicamente, é muito interessante. Monaldi que é grande estudioso, conhecedor profundo da mecânica pulmonar, mas que não é cirurgião, se prende a teorias, sem travar conhecimento das consequências práticas que ela poderia ter. Aproveitamos a ocasião para aconselhar o afastamento da operação de Monaldi, porque ela está afastada de tudo quanto é clássico na toracoplastia, que vai evoluindo com base em fatos rigorosamente práticos, perfeitamente viáveis, cirurgicamente. Houve tempo em que, aqui na Secção, os clínicos estavam muito entusiasmados com esta operação, mas, notava-se, nitidamente, que este interesse era mais dos clínicos do que dos cirurgiões.

Aproveito ainda a oportunidade para lembrar que a questão da localização da caverna é decisiva, pois que, se ela estiver situada no lobo inferior pode ser resolvida pela paralisia do diafragma como ficou bem esclarecido em comunicação anterior dos mesmos autores do presente trabalho.

Quanto à questão do diafragma e da frenicetomia, é uma questão que fica ainda aberta, porque o diafragma tem outras funções, além de sua função puramente mecânica.

HEXAMYO — iodeto em gotas

SECÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE MAIO

Presidente: DR. VALDEMAR SOUSA RUDGE

Considerações sobre um caso de tumor de Brenner — PROF.

DR. ALTINO ANTUNES e DR. LICÍNIO DUTRA — Os autores estudam um tumor de Brenner, tipo sólido, encontrado em mulher preta, de 30 anos de idade, operada na 1.ª Clínica Cirúrgica de Mulheres da Santa Casa de São Paulo (Serviço Dr. Ayres Netto), que apresentava há meses dor no baixo ventre, ciclo menstrual polimenorrágico e um tumor sólido do ovário direito. O exame anátomo-patológico, feito no laboratório do Serviço, fixou o diagnóstico. É este o terceiro caso de tumor de Brenner publicado no Brasil e, talvez, na América do Sul. O primeiro, se deve a Carmo Lordy que, em 1929, publicou nos Anais da Faculdade de Medicina de São Paulo (vol. IV) um trabalho intitulado: "Ilhotas de células intersticiais em meio de um fibroma ovárico humano". Revendo ultimamente esse caso, o A. classificou-o com justeza entre os tumores de Brenner. O segundo caso publicado é o de Lembruber, Mae Clure e Oliveira, em 1939.

A propósito do caso, foi feito um estudo de conjunto, onde se resumem dados relativos ao histórico, incidência, idade, patologia, histogênese, classificação e caracteres clínicos do blastoma.

Sobre a incidência por idade os AA. assinalam que ela é aparente. Em se tratando de um tumor de natureza benigna e com características clínicas pouco evidentes, a idade das pacientes marcam apenas a data em que o tumor foi encontrado e não quando realmente se manifestou. Acredita-se que ele possa passar despercebido durante muito tempo. Daí concluir-se que a maior incidência assinalada na menopausa não ser real.

A tão discutida histogênese é passada em revista, citando-se as teorias dos ninhos epiteliais de Walthard, áreas de metaplasia epitelial encontradas na superfície dos ovários, persistência anormal da

relação embrionária entre a "rete ovarii" e os túbulos do epooforo no hilo do ovário e, finalmente, a que considera o blastoma de natureza teratóide (bi-dermona ou difílico).

O tumor não está ainda definitivamente classificado, devendo figurar tanto entre os neoplasmas de natureza epitelial como nos de linhagem conjuntiva, pois apresenta uma proliferação fibro-epitelial.

O caso em apreço vem justificar o conceito de tumor fibro-epitelial benigno, sem função hormônica e sem ação sobre a ovulação, pois, o exame do resto do ovário aderido ao tumor mostrou a existência de folículos ovarianos em vários estádios de evolução, inclusive de "corpus albicans", não se tendo, porém, encontrado corpo lúteo.

A doente, em idade genital ainda, relata em sua história clínica, a existência de quatro abortamentos provocados, mostrando não ter sido impedida a concepção e evolução do ovo.

Os autores documentam o trabalho com 6 fotografias do tumor e do seu aspecto histopatológico, um desenho e extensa bibliografia.

Comentários: Dr. Valdemar de Sousa Rudge: Agradeço em nome da Secção aos autores o exaustivo estudo que acabam de nos apresentar sobre o tumor de Brenner. Em seu trabalho os AA. chamaram a atenção para os pontos mais interessantes, principalmente, para as suas correlações com os fibromas e com os cistos pseudo-mucinosos. Talvez que, para o futuro, se venha a ter uma idéia mais exata sobre a patogenia dos cistos pseudo-mucinosos que são muito comuns e cuja patogenia é ainda uma incógnita. Ao lado deles temos os fibromas, tumores que são raros, mas cuja patogenia está ainda hoje para ser elucidada. A velha idéia de que os fibromas do ovário proviessem do tecido fibroso, esta por assim dizer

em "cheque", pois conforme os estudos modernos, estes tumores podem, não só provir dos tumores de Brenner, como também dos tecomas e de outras espécies de tumores.

O tumor de Brenner enquadra-se entre os tumores especiais do ovário, mas eles se distinguem dos outros por serem destituídos das propriedades biológicas e por não produzirem hormônios. Além do mais, este tumor não sofre degene-

ração maligna. Trata-se portanto, de um tumor eminentemente benigno, podendo a sua existência passar despercebida.

Desejamos salientar também a necessidade de exames cuidadosos das peças operatórias, o que talvez venha aumentar o número de casos observados desses tumores. Está provado que é no estudo sistemático dos cistos pseudo-mucinosos e fibromas que se descobrem tais neoplasias.

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

SESSÃO DE 19 DE MAIO

Presidente: DR. GASTÃO ROSENFELD

Considerações sobre o tratamento cirúrgico dos abscessos putridos agudos do pulmão

DR. NAIRO FRANÇA TRENCH — Frisa o A. a diversidade dos pontos de vista que existe na terapêutica de supurações pulmonares inespecíficas. Pretende nesse trabalho apenas divulgar os métodos adotados por Neuof no "Mount Sinai Hospital" de New York, a respeito do abscesso putrido agudo do pulmão. O termo agudo está em função do tempo de evolução da moléstia e acha que é o melhor para fins práticos. Neuof e Touroff consideram agudo o abscesso até a 6.^a semana da evolução. Como etiologia eles acham que quasi sempre é uma partícula é uma partícula

pequena que é aspirada e é detida num bronquiolo muito periférico e portanto com localização superficial em relação à pleura visceral. A localização desta arca é indispensável e deverá ser feita de modo rigoroso. Esta zona é avascular, havendo aí uma reação pleural da vizinhança essencialmente precoce e constante a qual produz a sínfise entre as pleuras visceral e parietal, facilitando a operação num único tempo. Neuof acha que se deve fazer a intervenção precoce em todo abscesso pútrido cuja marcha para a cura, por meio de tratamento conservador não seja evidente nos primeiros 15 ou 20 dias de evolução da moléstia. Isto só poderá ser verificável por meio de radiografias.

SESSÃO DE 21 DE JUHO

Presidente: DR. GASTÃO ROSENFELD

A radioterapia no hipertireoidismo — DR. OSCAR ROCHA VON FRUHL — O A. inicia dizendo que o mais importante para o clínico na terapêutica do hipertireoidismo é saber em que casos deve aconselhar de preferência a radioterapia ou de preferencia a cirurgia. As duas modalidades de tratamento

vêm de longa data disputando a primazia, mas pode-se afirmar com segurança que é um erro dizer-se que um dos dois processos é preferível ao outro considerando a totalidade dos casos. Deve-se optar por um ou por outro diante de um determinado caso, pois várias circunstâncias individuais influem na

escolha. Aliás, a maior parte das estatísticas dão resultados globais, sem especificar os tipos de hipertireoidismo, e isso representa uma falha para o clínico que queira ficar ao par do problema.

Deve-se preferir a radioterapia nos seguintes casos: 1) casos puros de Basedow; 2) casos muito graves, com dano cardíaco; 3) bócio pequeno e toxidês grande; 4) casos operados e recidivados; 5) pacientes que não querem ou não podem ser operados; 6) casos leves; 7) casos com predominância de sintomas nervosos e com poucas

alterações orgânicas; 8) casos pluriglandulares; 9) casos com focos infecciosos que produziram uma tireoidite inicial;

Deve-se preferir a cirurgia: 1) recidivas de casos irradiados; 2) casos com sintomas de compressão; 3) casos que evoluam muito rapidamente.

De um modo geral, os raios X têm preferência quando predominam os sintomas tóxicos, e a cirurgia quando predominam os sintomas de compressão e nos casos rapidamente evolutiva.

Outras sociedades

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sessão conjunta dos Departamentos de Anatomia Patológica, Fisiologia, Farmacologia e Química fisiológica, em 21 de novembro: Plasma seco — Prof. Jaime R. Pereira e dr. Charles E. Corbett; Soro-albumina — Prof. Jaime R. Pereira e dr. Charles E. Corbett; Soro globulina e coagulação sanguínea — Prof. Jaime R. Pereira e dr. Sergio Aranha Pereira; Anti-soros secos — Dr. Carlos da Silva Lacaz e dr. Charles E. Corbett.

Sociedade Paulista de História da Medicina, sessão de 17 de dezembro, ordem do dia: As grandes epidemias da história — Prof. A. de Almeida Prado; Os primeiros tempos da administração sanitária paulista e seus antecedentes no país — Dr. Francisco Borges Vieira.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, sessão de 30 de novembro, ordem do dia: Lesões dos centros nervosos por projéteis secundários de arma de fogo — Dr. J. B. de Oliveira e Costa Jr.

Sessão de 14 de dezembro: Lei do antagonismo morfológico ponderal. Verificações estatísticas — Dr. Oscar Ribeiro de Godoi; Alterações destrutivas das cristas papilares. Documentação histo-patológica — Dr. João Paulo Vieira.

Sociedade de Oftalmologia, sessão de 21 de dezembro, ordem do dia: Ação não anti-infecciosa das sulfonamidas sobre o globo ocular — Dr. Moacir E. Alvaro; Querato-conjuntivite epidêmica e os problemas que apresenta — Dr. Moacir E. Alvaro.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 10 de novembro, ordem do dia: A terapêutica pelo electrochoque — Dr. Fernando O. Bastos; Perturbações da palavra — Dr. Oswaldo Lange; Teor C vitamínico dos alimentos brasileiros. Nova técnica da dosagem da vitamina C nos alimentos — Dr. P. de Almeida Machado.

Sessão de 24 de novembro: Distúrbios psíquicos nas endocrinopatias — Dr. Carvalhal Ribas; Esterilidade sexual masculina — Dr. P. Leite Cordeiro.

VITAMINASE C
ANTI-INFECCIOSO

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Diagnóstico diferencial y tratamiento de las enfermedades internas — RODOLFO DASSEN
3. edição El Ateneo (Florida 340)
Buenos Aires, 1942.

O curto intervalo em que se extinguiu a 1.ª edição e os juízos críticos favoráveis que lhe foram feitos impuseram ao A. esta 2.ª edição, comprobatória de que os estudiosos apreciam as obras baseadas na experiência pessoal, quando o autor expõe suas observações com sinceridade e sem medo de contrariar o que os clássicos davam com assentado. Realmente, o livro do A., não sendo propriamente um livro revolucionário, contém as opiniões sensatas de quem está habituado a observar as discordâncias dos livros com os fatos da clínica, sendo, assim, um guia interessante para todos os que têm um juízo crítico, auxiliando-os a resolver de maneira mais prática e racional, embora muitas vezes contrariando as regras clássicas, os problemas multiformes da vida profissional. Para exaltar ainda mais o valor da obra, basta dizer que o seu autor foi laureado com a medalha de ouro pela Faculdade de Medicina de Buenos Aires. O volume contém 774 páginas, com um excelente índice alfabético analítico, o que torna muito fácil o seu manuseio.

La Radiología en los dolores lumbares y ciáticos — MÁRIO A. CASSINONI, El Ateneo (Florida, 340)
Buenos Aires, 1942.

O presente volume tem a recomendação, já de início, o fato de ter sido feito no Instituto de Radiologia de Montevideo, instituição que obedece à orientação do prof. Pedro A. Barcia, nome sobejamente conhecido nos meios médicos sul-americanos. O volume é o primeiro da série com que o Instituto vai brindar as letras do Continente graças aos estudos que

vem fazendo dos documentos radiográficos à luz dos dados clínicos e anátomo-patológicos, numa produtiva associação de esforços entre radiologistas e médicos clínicos e laboratoristas. O presente volume trata de um tema que está em plena renovação de conceitos, para o que a radiologia tem contribuído com soma apreciável de elucidaciones. Daí o interesse que deve despertar o livro, não só entre os que se ocupam da infelizmente, mas também entre os clínicos, que vivem a lutar com os seus casos de "reumatismo". A valiosa documentação do A. é um elemento seguro de convicção, tornando o livro de grande utilidade. O volume contém 240 páginas com 115 gravuras.

A fonocardiografia — DANTE PAZZANESE, São Paulo, 1940.

O A. já de muito que se consagrou como elemento de primeira linha entre os cardiologistas de São Paulo. A sua experiência em fonocardiografia é já bastante volumosa, como orientador daqueles que desejam tirar do método os proveitos que pode dar na prática. E, realmente, o livro do A. é uma verdadeira lição, claramente exposta, à disposição de quem tenha o interesse de se enfrontar no assunto ou resolver uma dúvida. Trata-se, assim, de um livro de utilidade imediata, expurgado das discussões clássicas e das controversias de escolas e de literatura, para só se ater à objetivação da clínica. O volume contém 160 páginas, com 90 gravuras, compostas na quasi totalidade de traçados originais.

El colon irritable — CARLOS BONORINO UDAONDO, Editor Aniceto Lopez (Córdoba, 2.082), Buenos Aires, 1942.

Só o nome do seu autor faz despertar para este livro as atenções dos profissionais práticos. Conhecidos os seus trabalhos anteriores,

a orientação que tem ditado aos seus numerosos discípulos, o alto conceito que justamente goza de ser um dos mais competentes gastro-enterólogos da Argentina — é fácil presumir o interesse com que vae sendo recebida esta sua nova obra. Cuidando do diagnóstico e tratamento do "colo irritável", o A. traz à luz os mais modernos conhecimentos sobre esse capítulo da enterologia tão contraditório na prática diária. A questão da alergia, que agora se acha na ordem do dia, é devidamente apreciada, sendo colocada no seu devido lugar, com as conclusões terapêuticas decorrentes. O volume contém cerca de 420 páginas, com muitas ilustrações. Apresentação material de primeira ordem.

Sífilis do sistema nervoso central — HENRIQUE SAM MINDLIN, São Paulo, 1942.

O presente trabalho é a tese com que o A. conquistou a livre docência de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina de São Paulo. Trabalho de confecção aprimorada, contém conclusões interessantes, decorrentes da investigação cuidadosa e observação acurada do A. A sua experiência com as reações diagnósticas e com a malarioterapia são expostas com fidelidade, servindo de base para os que tenham necessidade de se orientar no assunto. O volume contém perto de 100 páginas com alguns gráficos elucidativos.

Separata e folhetos recebidos

The Rockefeller Foundation, Relatório anual da Divisão de Saúde, New York, 1941.

Polyradiculonevrites generalizadas — E. VAMPRE e H. SAM MINDLIN, Revista da Associação Paulista de Medicina, XVIII, fevereiro 1941.

Memorial — HENRIQUE SAM MINDLIN — A Com. Julgadora do Concurso de Livre-Docência de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Un. de São Paulo, 1942.

Actas da Policlínica de São Paulo, Notícias da imprensa, 1895-1941.

Los Aspectos neurológicos de la enfermedad de Heine-Medin — JOSÉ PEREYRA KAEFER, La Semana Médica, Buenos Aires, n.º 33, 1942.

Pesquisas químicas e farmacológicas sobre novos compostos mercuriais — QUINTINO MINGOJA

e CHARLES EDWARD CORBETT, Arquivos de Biologia, São Paulo, XXVI, novembro-dezembro 1942.

Sobre a preparação do oxido de bismuto, — QUINTINO MINGOJA e MAURO DE ALMEIDA, Arquivos de Biologia, São Paulo, XXVI, novembro-dezembro 1942.

Problemas atuais sobre os medicamentos antimaláricos — QUINTINO MINGOJA, Arquivos de Biologia, São Paulo, XXVI, outubro 1942.

Anagotoxia para a toxina diftérica em águas de Caxambá — CÍCERO NEIVA, O Hospital, Rio, novembro 1942.

O problema do hiperparatiróidismo — U. LEMOS TORRES, Arquivos de Biologia, São Paulo, XXVI, agosto-setembro 1942.

La embajada de medicos brasileños: relato da visita ao Instituto de Medicina Experimental para El Estudio y Tratamiento del Cancer, Buenos Aires, 1942.

Philergon, fortifica de fato

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Biologia, XXVI, 220-244, novembro-dezembro 1942 — Pesquisas sobre diuréticos mercuriais — Quintino Mingojá; Ensaio sobre a possível ação diurética de um composto mercurial — Charles E. Corbett; Corpúsculos endoglobulares encontrados em animais do Brasil — A. Carini; Sobre bre uma "haemogregarina" e um plasmodium da Iguana iguana — A. Carini; Inoculação em embriões de galinha com fezes de *Triatoma infestans* ricas de *Trypanosoma cruzi* — E. Biocca e R. Pasqualin.

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, VI, 786-923, agosto 1942 — Diagnóstico das afecções cirúrgicas endocraneanas pela iodoventriculografia — Henrique Smith; Estudos sobre a coramina — Francisco Bergamin.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, VII, 1-230, janeiro 1942 — O caminho para a formação sanitária de São Paulo — Américo R. Netto; Epidemiologia de tuberculose. A tuberculose doença social. A tisiologia como especialidade médica — Humberto Pascale; O problema do leite em São Paulo — Nicolino Morena; Higiene da habitação — H. Souza Pinheiro; Variações sazonais de bacteriófagos típicos-paratíficos nas águas dos rios da cidade de São Paulo — Lucas de Assumpção e Helena Leite e Silva.

Gazeta Clínica, XL, 285-310, setembro 1942 — Cândido Borges Monteiro (Visconde de Itauna) o cirurgião, o professor, o político — Ayres Netto; Componente nervoso nas doenças renais — A. A. Badkova.

Publicações Médicas, XIV, 1-64 outubro-novembro 1942 — A doença sérica no decurso da febre tifóide — Antonio Louzada; Abscesso estafilocócico do lobo esquerdo do fígado — Carmino Eugenio Donato; A esquistosomose no Nordeste — Barros Coelho; Contra-indicação à prática do pneumotórax — José Feldman.

Resenha Clínico-Científica, XI, 443-486, novembro 1942 — Medicina e supremacia aérea John F. Fulton; Cirurgia de guerra; as fraturas e o método de Magali — Vittorio Putti; Os enxertos de tecidos no olho e suas aplicações em pesquisas de morfologia, fisiologia e clínica — George Schreiber; Fisiologia da respiração — Amedeo Herlitzka.

Revista Clínica de S. Paulo, XII, 63-86, setembro 1942 — Malária quartã autoctone no Estado de São Paulo — A. D. Franco do Amaral, J. O. Coutinho e F. O. Quaglia; Encefalite reumática — Octavio Gonzaga.

Revista Paulista de Medicina, XXI, 79-152, agosto de 1942 — Um caso de nanismo. Resultado terapêutico — Luciano Décourt.

Revista Paulista de Tisiologia, VIII, 279-318, setembro-outubro 1942 — El valor de la investigation del bacilo de Koch en contenido gástrico — Gumersindo Sayago; Estabelecimentos para convalescentes — Valois Souto; A propósito de "Contribuição para estudo da tuberculose do preto da cidade de S. Paulo" — J. B. de Souza Soares e Lincoln Ferreira Faria.

HEXAMYNO — IODETO EM GOTAS

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Colação de grau da turma de 1942 — Realizou-se no dia 10 de dezembro, com início às 21 horas, no Teatro Municipal, a cerimônia de colação de grau dos médicos da turma de 1942 da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A cerimônia, que se revestiu de toda solenidade, foi presidida pelo prof. Jorge Americano, reitor da Universidade de São Paulo e pelo prof. Theotônio Monteiro de Barros Filho, secretário da Educação e Saúde Pública.

Tomaram assento à mesa de honra, no centro do palco, além daqueles, os srs. Ary Junqueira, representando o secretário da Segurança; Cassio Vieira, pelo secretário da Fazenda; Ruy Toledo Leite, pelo presidente do Departamento Administrativo; prof. Benedicto Montenegro, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade; major Olyntho França, Superintendente de Segurança Política e Social; sr. Domingos Goulart de Faria, secretário da Faculdade de Medicina; prof. Alvaro Guimarães Filho, diretor da Escola Paulista de Medicina; prof. Emilio Corbiere, lente de medicina legal da Faculdade de Medicina de Buenos Aires; prof. Edmundo Vasconcellos, paraninfo, e o sr. Maciél de Castro, diretor da Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade.

A congregação, toda de beca, ocupava o lado esquerdo do palco; à direita, viam-se os livres-docentes, e, no fundo do palco, igualmente de beca, os doutorandos de 1942.

Abrindo a sessão, o prof. Jorge Americano disse que ali se achava solenemente reunida a Congregação da Faculdade de Medicina, para a colação de grau à turma de 1942.

Foi então chamado o doutorando Alberto Raul Martínez para prestar o juramento em nome da turma. Todos, em seguida, em uníssono, acompanharam-no no juramento. Procedeu-se, depois, à chamada dos doutorandos, por ordem alfabética, para a cerimônia do anel.

Foi dada a palavra, a seguir, ao orador da turma, doutorando Orlando Campos.

O orador começa recordando os tempos em que a turma se preparava para ingressar na Faculdade de Medicina — “almas impregnadas de sonho, corações plenos de esperança, cérebros tumultuantes de ideais”.

Recorda, com saudade, os três alunos da turma que morreram em meio à jornada: Tsuiumi, Walter Sinisgalli e João Piva. Dirige, depois, carinhosa saudação ao professor Edmundo Vasconcellos, paraninfo, acentuando que bem acertados andaram os doutorandos da turma de 1942, escolhendo-o para padrinho.

Falou depois o prof. Jorge Americano, reitor da Universidade, o qual dirigiu carinhosa saudação aos novos médicos, augurando-lhes felicidade no exercício da carreira que abraçaram.

E depois, sob palmas dos presentes, foi feita a entrega do “Prêmio Rockefeller” ao doutorando Oswaldo Bruno.

E' a seguinte a relação dos doutorandos que colaram grau: Alberto Raul Martínez, Alcides de Sousa Marques, Alexandre Alves Teixeira da Rocha, Alexandre Antonio Marchetti Zioni, Alvaro Archer de Camargo Andrade, Amador Varella Lorenzo, Antonio Cardoso Franco, Antonio del Priore, Antonio la Scales Netto, Antonio Luciano Viviani, Arthur de Aguiar

Whitaker, Arthur Campana, Arthur Murano, Arthur Oberg, Basilio Fazzi, Benedicto de Oliveira Chaves, Bernardo Kauffmann, Bernardo Yuquelson, Bindo Guida Filho, Caetano Amelio Liberatore, Caetano Trapé, Carlos Eduardo Rocha, Carlos Pereira Urtal, Carlos Palhares Fernandez Sampaio, Castor Jordão Cobra, Cyro Pinto de Oliveira, Danilo Acquarone, Dante Nese, Décio Braga, Domingos Quirino Ferreira Netto, Elly Pinatel, Ernani Borges Carneiro, Ernesto Aleixo Angulo, Fausto Scatolini, Francisco José de Mello e Albuquerque, Francisco Xavier Moatky Higuchi, Fuad Al-Assal, Geraldo Alves Pedroso, Geraldo de Faria Pacheco, Gilberto Fernandes Pereira de Mello, Gustavo Friozi, Heladio Francisco Capizano, Helio Cintra Brandão, Helio Inforzato, Hilario Torlone, Humberto Costa Ferreira, Ivo Soares Bairão, João Ferreira de Castilho Netto, Joaquim Mariano da Costa, Joaquim

Pedro Roriz, José de Plato, José Monteiro, Lauro Justus, Luiz Cesar Bozzini Netto, Luiz Losso, Luiz Oscar Grassi Bonilha, Lygia Montenegro Ferreira, Manoel Ramos Tavares, Marcos Tabacow, Mário Ramos de Oliveira, Mário de Siqueira Campos, Menotti Laudizio, Miguel Abul Miss, Milton Cardoso de Siqueira, Nelson de Toledo, Oity de Campos, Orlando Campos, Oswaldo Bruno, Oswaldo Cordeiro, Oswaldo Gnecco, Oswaldo Laereta, Oswaldo Marçal, Oswaldo Mirabello Guariento, Oswaldo Vale Cordeiro, Paulino Lazarini, Paulo Gonzaga de Arruda, Pedro Paulo de França Bueno, Percy George Robert Smith, Renato Chaliér, Roberto José Melaragno, Rodolpho Schraiber, Roberto Taliberti, Rogerio Marone, Ruy de Carvalho Braga, Tarciso Leonce Pinheiro Cintra, Vasco Elias Rossi, Vinício de Arruda Zamith, Waldemar Sacramento e Walter Amaral Campos.

Escola Paulista de Medicina

Turma de 1942 — Realizou-se no dia 17 de dezembro, as solenidades comemorativas da conclusão do curso da Escola Paulista de Medicina pela turma de 1942.

Às 10 horas, na Basílica de São Bento, foi rezada a tradicional missa em ação de graças; às 21 horas, no Teatro Municipal, efetuou-se a cerimônia de colação de grau e entrega dos diplomas.

Receberam diplomas os seguintes novos médicos: Adolfo Gerd Becker, Alcides Del Cielo, Alfredo Larsson, Antonio Edmundo Gonçalves, Antonio Francisco Defina, Antonio Sergi, Armando Inácio Zagordo, Carlos Alberto Salvatore, Constantini Maza, Edmundo Bitar Ezio Veingril, Francisco Credidio Neto, Francisco M. Raposo de Almeida, Gino Emilio R. Museti, Godofredo Roberto Genofre, Hen-

rique Ambrosio Paraventi, Hisaco Vatanabe, Hugo Cerelo, João Salvador Di Monaco, José Afonso Luiz Junior, José Luiz Flaquer Neto, José Salvador Julianeli, José Werneck Alencar de Lima, Jorge Michalani, Lauro Candido Teixeira, Lili de Sousa, Lourival Roseli, Luiz Diniz Duarte, Luiz Fontoura, Manuel Tabacou Hídal, Marcelo Laurentino de Azevedo, Mário Enzio A. Pasqualuci, Mário de Nuci, Mário Inglês de Sousa, Mário José A. Pernambuco Filho, Mauro Drummond Murgel, Miguel De Maria, Miyao Kataska, Newton Firmino Lopes, Oswaldo Mário Basile, Oswaldo Sanz Duro, Oswaldo Tomas Vatelí, Pavel Nunes, Renato Pagano, Renato Rodrigues de Araujo Cintra, René Aloisi Sabbagh, Rui Barbosa Saraiva e Sílvio Rebelo da Cunha.

SULFALBUM -

COMPRIMIDOS DE SULFANILAMIDA A 0,5^{gr}45

Sociedade Paulista de Historia da Medicina

Às 21 horas de dia 26 de novembro, numa das salas do Laboratório Paulista de Biologia, sob a presidência do prof. Ulisses Paranhos, secretariado pelos drs. F. Borges Vieira e Antonio M. Leão Bruno, reuniu-se em sessão especial a Sociedade Paulista de História da Medicina, para prestar homenagem à memória do dr. Schmidt Sarmiento. Tomaram assento à mesa o representante do sr. secretário da

Segurança Pública, o diretor clínico da Santa Casa, o presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia e o presidente da seção de Oto-rino-laringologia da Associação Paulista de Medicina. Compareceram, dentre outras pessoas os membros da família do dr. Sarmiento. O dr. Ernesto Moreira, proferiu uma conferência sobre a personalidade do dr. Schmidt Sarmiento, seu patrono na Sociedade.

Sociedade de Medicina Aplicada á Educação Física

Sua fundação — Acaba de ser fundada nesta capital, por um grupo de médicos especializados em educação física de São Paulo e do Rio, a Sociedade de Medicina Aplicada à Educação Física, afim de promover o estudo e solução de questões de orientação e também congregar todos os especialistas já titulados para tratar da defesa dos seus interesses profissionais. A diretoria da nova entidade está assim organizada: presidente dr. Reinaldo Kuntz Busch; vice-pre-

sidente, dr. Paulo de Godoi; primeiro secretário, dr. Gustavsson Dethow, segundo secretário, dr. Vasco Ferraz Costa, primeiro tesoureiro dr. Odilon Nascimento Faria; segundo tesoureiro, dr. Antonio de Cillo Neto; orador oficial, dr. José Taliberti.

Além dessa diretoria há o Conselho Técnico, com função consultiva, constituída dos drs. Artur Alcaide Walls, Valdemar Teixeira Pinto, Arne Enge, José Dias da Silveira e José Fabiano Sales.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

Posse da nova diretoria — Foi solenemente empossada a nova diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, eleita para o ano de 1943 e que ficou assim constituída: Presidente, dr. Francisco José Monteiro Sales; vice-presidente, Dr. Múcio Drummond Murgel; 1.º secretário, dr. João de Souza Coelho, 2.º secretário, dr. Pedro Agapio de Aquino

Neto; tesoureiro, dr. Luiz de Tela; bibliotecário, dr. Roberto da Rocha Brito. Comissão de medicina: drs. Hermas Braga, Clovis Peixoto e Passos Maia. Comissão de cirurgia: drs. Gomes Julio, Cunha Campos e Ferreira Jorge; Comissão de redação do Boletim: drs. Roldão de Toledo, Licurgo de Castro Santos Filho e Manuel Dias da Silva.

HEXOSE - Glicose a 50%.

A MEDICINA NO ESTRANGEIRO

Cursos de aperfeiçoamento

Formas clínico-radiológicas da tuberculose pulmonar — Será realizado, de 15 a 27 de março próximo sob o patrocínio do Instituto de Tisiologia da Faculdade de Medicina de Montevideo, um curso teórico-prático de tuberculose pulmonar, contando com a colaboração dos profs.: dr. Pedro A. Barcia, sub-diretor do Ints. de Radiologia; chefe de Serviço de Radiologia da Luta Antituberculosa dr. Julio C. Garcia Otero, professor de clínica-médica, médico do Hospital-Sanatório S. Bois; dr. Hector Rosell, diretor do Ints. de Medicina Experimental, médico do Hospital F. Ferreira; dr. Abelardo Sáenz, Chefe de Laboratório do Inst. Pasteur de Paris. Tomam parte também os funcionários do Instituto de Tisiologia, do qual é diretor o prof. Juan B. Morelli.

O curso constará de sessões: operatórias; de tuberculose experimental; de anatomia patológica; conferências magistrais.

As aulas práticas e teóricas assim como as conferências magistrais terão lugar no Instituto de Tisiologia, (Hospital Fermin Ferreira). As aulas práticas só serão ministradas ao pessoal inscrito e aos funcionários do Instituto sendo livre a assistência às aulas clínicas e conferências magistrais.

A inscrição estará aberta para um máximo de trinta médicos entre os quais dez poderão ser doutorandos. Aos inscritos mais assíduos será outorgado um certificado de assistência.

Os pedidos de inscrição deverão ser dirigidos à Secretaria do Instituto de Tisiologia, Av. Larrañaga, 1380, Montevideo, Uruguai.

Cirurgia da litíase biliar — Sob os auspícios da Faculdade de Medicina de Córdoba, R. Argentina, a II Cátedra de Clínica Cirúrgica do prof. Pablo L. Mirizzi dará um curso teórico-prático sobre cirurgia da litíase-biliar, de 15 a 31 de maio de 1943.

O curso compreenderá oito conferências magistrais a cargo dos professores da Faculdade, drs.: Antonio Navarro, Jorge Orgaz, José M. Urrutia, Juan R. Marin e outros; aulas práticas, sessões operatórias, exercícios clínicos, interpretação de radiografias, exame de peças anatômicas e demonstração de técnica operatória, a cargo do prof. Pablo L. Mirizzi e seus colaboradores.

A inscrição se limita a um número de trinta médicos. Taxa: cinquenta pesos. Os interessados deverão dirigir-se ao Prof. Pablo Mirizzi, calle Santa Rosa 1562, Córdoba, R. A.

*Injeção inteiramente indolor e
sem reacção local*

Calcio Isotonico GROSS

O mais moderno recalçificante sem perigo

Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

O mais energético medicamento contra
os **espasmos dolorosos** do
pyloro, do colon, da vesícula biliar, dos brônquios
(asma), dos ureteres, do útero, etc

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTE

À base de papaverina, belladona, meimendo e baldano.
XX a XXX gotas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.^{rio} Gross - Rio

ESTUDOS CIRÚRGICOS

DA AUTORIA DO
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

3 VOLUMES — CADA 40\$000

PEDIDOS AO AUTOR
CAIXA POSTAL, 1574 SÃO PAULO

NEURILAN

Poderoso calmante do
sistema neuro-vegetativo.

Indicado na excitação nervosa,
nos desequilíbrios vasosympa-
thicos, palpitações, insônia,
dispepsia nervosa.

À base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo

Dose 1 a 2 colheres das de chá em água
assucarada às refeições.

Lab.^{rio} Gross - Rio

NAO DEPRIMENTE
NEURILAN

